

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

ABCÈS CÉRÉBRAL CONSÉCUTIF A UNE OTITE
MOYENNE SUPPURÉE.

Par le Dr **PICQUÉ**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Un nommé L... Nicolas, 46 ans, entre le 10 mars 1890, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer, que j'avais l'honneur de suppléer, salle Ambroise-Paré, n° 4.

Ce malade, d'une bonne santé habituelle, eut l'influenza en fin décembre, sans détermination pulmonaire; mais peu de jours après, il fut pris de douleurs vives dans l'oreille droite, suivies d'une suppuration fort abondante; il ne se souvient pas avoir souffert de la gorge à cette époque. La suppuration persista longtemps.

Vers le 16 avril, les douleurs, qui avaient cessé depuis l'apparition de l'écoulement, reparurent avec une grande intensité. Hémicranie violente. Affaiblissement progressif des forces. Température: 38, 38,5.

Quand j'examinai le malade pour la première fois, le 17 avril, je constatai tout d'abord les symptômes précédents très accentués.

L'apophyse mastoïde est peu douloureuse à la pression; la peau à ce niveau ne présente ni rougeur ni œdème; le sillon rétro-auriculaire est conservé.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité et du mouvement, l'intelligence est intacte.

En raison de l'intensité des symptômes douloureux et de la fièvre, et malgré l'absence de signes positifs du côté de la mastoïde, je me proposai de pratiquer, à titre exploratif, la trépanation de l'apophyse.

Le lendemain, le tableau a notablement changé; la tempéra-

ture est à 39,5, le malade présente du subdelirium, l'intelligence est obtuse; de plus, il existe une hémiplegie gauche complète.

Je pratique (18 avril) séance tenante, l'opération suivante avec l'aide de MM. Bellanger, Civel et Jayle, internes du service.

Tout d'abord je procède à la trépanation de l'apophyse, au lieu classique; il n'existe pas de pus dans les cellules.

Alors, me reportant aux symptômes nouveaux qui venaient de se produire et pensant à l'existence d'une collection sous-méningée au niveau des centres moteurs, je taille un grand lambeau à base postérieure au niveau de la ligne rolandique, en laissant entièrement de côté la région mastoïdienne.

J'applique alors trois couronnes de trépan de 25 millimètres et j'agrandis la brèche avec des cisailles appropriées. L'espace sous-méningé est absolument libre et n'est le siège d'aucune rougeur. J'excise alors largement la dure-mère; ici un phénomène intéressant se produisit: le soulèvement anormal de la substance cérébrale.

Le cerveau tend toujours, comme on sait, à faire hernie; mais ici la hernie fut extrême; après la section des enveloppes, un léger suintement se produisit.

Sûr par conséquent d'avoir affaire à un abcès intra-cérébral, je traversai résolument la substance cérébrale et entrai dans un foyer considérable, contenant une notable quantité de pus qui fit issue au dehors. Cette collection se trouve manifestement en avant du sillon rolandique, au niveau de la partie moyenne de la frontale ascendante. Un drain assez volumineux fut laissé dans la plaie. Lavage à la solution de sublimé, le lambeau cutané est réappliqué et suturé.

Dès le soir même, tous les accidents avaient disparu; la température était retombée à la normale; le malade semblait plus éveillé; le mouvement et la sensibilité avaient reparu, au deuxième jour, le malade se levait seul.

L'amélioration s'accentua encore jusqu'au 24 avril; mais alors la température monta rapidement à 40°, et le malade retomba dans le coma. Mort le 25 avril.

L'autopsie démontra l'existence d'une encéphalite généralisée. En arrière du foyer largement ouvert, il en existe un plus petit et parfaitement isolé du premier.

Cette observation soulève plusieurs points intéressants à

discuter, nous nous proposons de faire à ce sujet un travail que nous publierons dans un prochain numéro.

II

ABCÈS SOUS-DURE-MÉRIEN CONSÉCUTIF A UNE OTITE MOYENNE.—TRÉPANATION.—GUÉRISON.

Par le Dr **PICQUÉ**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

B... Alfred, 24 ans, entré le 10 avril 1890, salle Ambroise-Paré, service de M. Périer, suppléé par M. Picqué.

Otite moyenne datant d'un mois.

Cellulite mastoïdienne et abcès sous-dure-mérien ouvert spontanément. Il existe à la base de la mastoïde un trajet fistuleux fournissant une notable quantité de pus. Douleurs intenses dans le côté correspondant de la tête.

Opération. Découverte du foyer : la fistule traverse le squelette, et le stylet se dirige en haut et en dedans. Trépanation avec la gouge à main; un foyer notable situé sous la dure-mère est mis à découvert. Grattage, lavage antiseptique et drainage. Le malade se trouve immédiatement soulagé; la guérison se fait rapidement.

III

DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'EXAGÉRATION DES NÉVROSES RÉFLEXES PAR LE TRAITEMENT INTRANASAL.

Par le Dr **O. LAURENT**, de Hal (1).

Je me permettrai de soumettre à votre appréciation l'exposé succinct de quelques faits que j'ai recueillis dans la lit-

(1) Communication faite à la première réunion des otologistes et laryngologistes belges. Séance du 25 mai 1890.

térature, ainsi que de celui qui m'est personnel, et cela en raison de l'importance assez marquée qu'ils me paraissent devoir acquérir et de l'enseignement qu'ils doivent nécessairement comporter. Je veux parler du développement et de l'exagération des névroses réflexes par le traitement intranasal.

Il est certain qu'il n'existe aucun agent thérapeutique qui ne puisse provoquer, dans certaines conditions et alors même qu'il est appliqué avec toute l'attention désirable, des désordres suffisamment accentués, allant même parfois jusqu'à renforcer les lésions que l'on cherche à faire disparaître, ou à déterminer l'apparition d'une affection qui n'existait pas encore au moment de l'intervention. Si la chose a été souvent observée, il n'en est pas moins établi qu'elle a été souvent également perdue de vue. Et c'est, je pense, parfois le cas, pour les désordres morbides que peuvent laisser à leur suite les opérations intranasales, cautérisations et ablation de parties hypertrophiées, enlèvement de polypes, etc. Je signalerai surtout, parmi ces troubles, des névroses réflexes.

On sait qu'elles sont causées, la chose a été surabondamment démontrée et il n'existe plus le moindre doute à cet égard, elles sont fréquemment causées, dis-je, par les altérations les plus variées des cavités nasales. Or, à un état pathologique actif, pour ainsi dire, il y a lieu de chercher, dans des circonstances relativement nombreuses, à substituer un état pathologique passif, qui ne donne plus lieu à aucune manifestation locale ou réflexe; à une muqueuse malade et en état puissant de réaction, on substitue une muqueuse cicatricielle, anormale, mais neutre.

Malheureusement, il peut se rencontrer des cas où le but est dépassé et où précisément cette altération secondaire, nouvelle et cherchée de la pituitaire provoque des troubles qui n'existaient pas jusqu'alors ou qu'elle exagère même ceux qu'elle était destinée à faire disparaître. L'observation que nous avons à rapporter est tout à fait probante à cet égard; elle n'est pas la seule qui vienne à l'appui de l'opinion à laquelle nous nous rallions.

C'est ainsi que Rethi (1), de Vienne, a publié cinq cas des plus intéressants sous ce rapport. Dans les deux premiers, la muqueuse nasale fut guérie par les cautérisations; mais des complications survinrent dans la suite; dans le deuxième, par exemple, il se montra de l'éternuement et des vertiges; la disparition des phénomènes ne fut obtenue que par l'excision des cicatrices. Du laryngospasme, survenu dans les mêmes conditions dans le troisième cas, se réclama du traitement; le succès ne se fit non plus pas attendre. Mais les deux derniers, où il existait des vertiges et de la névralgie sus-orbitaire, résistèrent à cette excision.

Aronsohn (2) rappelle qu'un prédicateur de 35 ans devint asthmatique alors qu'il ne l'avait jamais été auparavant, à la suite de cautérisations d'un polype fibreux du cornet moyen, et il ne revint à l'état normal qu'après l'enlèvement complet du polype.

On connaît aussi le cas de Semon, d'une maladie de Graves produite par une opération de polypes nasaux.

Nous croyons également utile de rappeler un incident d'une séance de la Société de laryngologie de New-York (3). Daily prétendant que les otologistes modernes négligent le nez ou sont incapables de le soigner et que 8 0/0 (Boxvorth porte le pourcentage à 95) des troubles auraux sont dus à des lésions naso-pharyngées, MM. Roosa et Pomeroy repoussent vigoureusement cette opinion et ils citent des cas où des maladies auriculaires ont été causées par des opérations, des cautérisations des cavités nasales.

Beverley Robinson (4) est également d'avis que le traitement intranasal peut, dans certaines circonstances, aboutir à des conséquences fâcheuses.

Curtis (5) établit qu'il y a une classe de patients qu'il ne

(1) RETHI. — Neurosen zustanden durch Behandlung des Naseninernen. (*Intern. klin. Rundschau*, n. 51 u. 52, 1889.)

(2) ARONSOHN. — Klinisch erzeugtes Asthma beim Menschen. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 17, 1889.)

(3) Rhinology and Otolozgy. (*Medical Record*, march 15, 1890.)

(4) BEVERLEY ROBINSON. — On the relations of peripheral irritations to diseases, as manifested in the throat and nose. (*Medical Record*, april 19, 1890.)

(5) Medical Society of the county of New York. (*Medical Record*, january 4, 1890.)

faut pas opérer du nez, c'est celle des gouteux, chez lesquels il a vu des accès de goutte survenir immédiatement après une intervention du côté du nez.

Quoique les faits que nous avons cités en dernier lieu ne soient pas des preuves directes aussi nettes que les premiers, il nous a semblé cependant qu'il y avait quelque intérêt à les rapprocher de ceux-ci.

Ce sont là la plupart des cas que nous enseigne la littérature, mais on peut être persuadé que beaucoup d'autres viendront s'ajouter à eux dès que l'attention aura été particulièrement dirigée du côté des lésions en question.

Dans celui que nous avons observé, il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, employé, lymphatique, chez lequel une hypertrophie muqueuse légère des cornets avait amené un certain degré d'oppression. La cautérisation au thermo caustère et à l'acide chromique a porté sur la région malade dont la tuméfaction a disparu complètement en huit séances. Mais, ce qui ne m'étonna pas peu, ce fut que l'oppression non seulement ne s'améliora pas à partir de ce moment, mais qu'elle ne fit au contraire qu'augmenter en intensité et qu'elle est arrivée aujourd'hui à un degré suffisant pour me faire repentir d'être intervenu chez ce malade. Quelques scarifications faites en vue de réagir sur les extrémités nerveuses qui auraient été intéressées, sont restées inefficaces, tandis que l'adhérence et l'épaisseur très réduite de la cicatrice en rendaient l'excision impossible.

Quelle explication y a-t-il à donner à ces réflexes nés ou aggravés par les opérations intranasales? Il est probable que les cautérisations développent des cicatrices plus ou moins profondes qui peuvent englober d'une façon presque complète et sans les détruire (la destruction ne devrait plus avoir aucune influence au point de vue des réflexes), des terminaisons du trijumeau; en se rétractant, elles provoquent des tiraillements de celles-ci, une irritation et quelquefois même une névrite avec toutes ses conséquences.

IV

APERÇU SUR LES TRAVAUX DE MA CLINIQUE DE
LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE, DU 1^{er} JAN-
VIER 1889 AU 31 MARS 1890.

Par le Dr **SCHLEICHER** (d'Anvers).

Peu de modifications ont été introduites dans l'organisation de cette polyclinique depuis la description qui en a été faite en 1887 dans le *Livre jubilaire* publié par la Société de médecine d'Anvers à l'occasion du 50^e anniversaire de sa fondation.

Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des cliniques spéciales des grandes villes de France et d'Allemagne, cet établissement continue à traiter en même temps les affections des voies aériennes supérieures et les maladies d'oreilles. Il est vrai que ce cumul amène par moments une surcharge d'autant plus lourde qu'il s'agit d'une entreprise privée dépourvue des facilités multiples d'une clinique d'hôpital. Car Anvers ne possède pas de service spécial public, et la plupart des malheureux atteints d'affections laryngées ou auriculaires ne sont l'objet d'aucun traitement, ni aux hôpitaux ni aux dispensaires du bureau de bienfaisance.

L'excès de travail qui s'impose dans ces conditions nous a suggéré l'idée de quelques mesures nouvelles dont la communication est peut-être de nature à pouvoir intéresser nos lecteurs.

L'une de ces mesures consiste à remettre aux consultants des cartes d'inscription dont le verso est muni d'indications générales sur le traitement des affections auriculaires à domicile (gargarismes, reniflements, frictions, massage et régime), sur les précautions à observer de la part de ceux qui doivent faire usage de la douche nasale, enfin, sur la manière de faire des injections d'oreille. En même temps, la clinique fait don aux indigents atteints d'otorrhée et ne pouvant venir régulièrement, d'une petite poire en caoutchouc pour injections et d'un tuyau en verre muni d'un embout en gomme pour insufflation; elle fournit gratuitement aux ozéneux un injecteur nasal, aux ma-

lades atteints de catarrhe muqueux de la caisse et ne pouvant suivre le traitement à la clinique, des poires pour injections d'air. Enfin, nous remettons depuis quelque temps à certains patients un abaisse-langue constitué simplement par un morceau d'un gros fil de cuivre recourbé en anse et plié ensuite à angle droit. Les malades rapportent à chaque visite cet instrument qui constitue leur propriété et qui nous tranquillise sur le danger de transmettre certaines maladies. Dans un même ordre d'idées, il a été renoncé définitivement à l'usage des pinces et des éponges, et les topiques sont appliqués sur les régions malades exclusivement au moyen de porte-ouate.

Sur la recommandation de *Reinhard et Ludwig* (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, vol. XXVII, p. 299), nous nous sommes fait venir pour la clinique un appareil d'insufflation d'air à grand réservoir, appareil dont le ballon est mû par le pied entre deux planchettes formant pédale. Toutefois nous n'y avons trouvé aucun avantage.

Une autre modification survenue dans la clinique depuis 1887 concerne l'inscription même des malades. Celle-ci a lieu dans un cahier classé de prime abord *ad hoc* d'après certains groupes nosologiques et dans l'ordre où ceux-ci figurent d'habitude dans les rapports des cliniques allemandes. Chaque consultant n'est inscrit d'habitude que dans un cadre nosologique, notamment pour la maladie principale dont il est atteint, sinon pour celle qui l'oblige à demander des soins spéciaux. D'autre part, les idées très justes exprimées dans un récent congrès par *Jakobson* sur l'insuffisance des statistiques en matière de thérapeutique otologique n'ont pu nous empêcher de continuer à annoter comme guéris les patients débarrassés du mal principal pour lequel ils sont venus consulter.

Notre clinique sera bientôt en mesure d'hospitaliser les malades dont l'état nécessiterait le séjour au lit. En attendant que ce desideratum soit résolu, nos opérés reposent durant quelques heures sur la table d'opération, puis retournent chez eux à pied ou en voiture. Si aucun accident n'a suivi de graves opérations faites dans ces conditions, c'est bien parce qu'elles ont eu lieu d'une manière rigoureusement antiseptique.

La publication de ce compte rendu permet à l'auteur de contribuer à la statistique par deux observations intéressantes, l'une concernant un cas de rhinite caséuse survenue chez une femme octogénaire, l'autre se rapportant à un

cas de périostite mastoïdienne idiopathique, affections, on le sait, excessivement rares. Quant aux observations n° 4 et n° 6, si elles pèchent par l'absence de données nécroscopiques, elles ne sont pas absolument dépourvues d'intérêt.

Nous terminons ces préliminaires en adressant toute l'expression de notre gratitude aux généreux donateurs qui dans le cours de cet exercice ont bien voulu abandonner à la clinique plusieurs instruments de valeur, lesquels avaient servi pour des membres de leur famille.

Maladies des oreilles.

Eczéma primaire aigu et chronique : total, 7; guéris, 5; améliorés, 2.

Atrésie congénitale des deux conduits auditifs avec développement rudimentaire des pavillons (ouïe bonne, sans traitement) : total, 1.

Otite externe à la suite d'une instillation de créosote : total, 1; guéri, 1.

Furuncles du conduit auditif : total, 17; guéris, 17.

Accumulations de cérumen : total, 57; guéris, 57.

Corps étrangers dans le conduit auditif (morceau de charbon, 1; bouton, 1; petit pois, 1; paille, 4; graine de maïs, 1). Ce dernier cas a nécessité le décollement du pavillon et a guéri sans sténose ni suppuration : total, 5; guéris, 5.

Ruptures du tympan (par soufflet, 3; à la suite de l'explosion de la cartoucherie Corvilain, 2 : total, 5; guéris, 3; non guéris, 2.

Catarrhe tubaire chronique : total, 1; non guéris, 1.

Otites moyennes catarrhales aiguës (jusqu'à 6 semaines); et subaiguës (jusqu'à 6 mois), avec exsudat séreux ou muqueux : total, 37; guéris, 20; améliorés, 17.

Otites moyennes catarrhales chroniques et scléroses : total, 126; guéris, 24; améliorés, 44; non guéris, 19; résultat inconnu, 31; en traitement, 8.

Otites moyennes suppuratives aiguës et subaiguës (jusqu'à 3 mois), unilatérales, 28; bilatérales, 11; avec eczéma, 3; avec mastoïdite, 1; avec paralysie faciale, 1 : total, 39; guéris, 21; résultat inconnu, 16; en traitement, 2.

Otites moyennes suppuratives chroniques, unilatérales, 59; bilatérales, 31; avec polypes, 13; avec carie, 7; avec nécrose, 3; avec eczéma, 7; avec sténose considérable du conduit, 2; avec

mastoïdite, 8 : total, 90; guéris, 49; améliorés, 10; mort, 1 (1); résultat inconnu, 23; en traitement, 7.

Résidus d'otorrhée, sans traitement : total, 27; non guéris, 27.

Périostite mastoïdienne idiopathique unilatérale : total 1; guéri, 1 (2).

Otitis internes aiguës et chroniques (par chute sur la mâchoire, 1; par commotion due à soufflet, 1; par accident Corvillain, 1; par syphilis, 1 (3); par cause inconnue, 5 : total, 9; guéris, 2; améliorés, 3; non guéris, 2; résultat inconnu, 1; en traitement, 1.

Bruits sans diminution d'ouïe et sans données objectives (4) : total, 2; non guéris, 2.

Surdimutités à la suite de symptômes de méningite, 6; par cause inconnue, 4 : total, 10; non guéris, 10.

Mutité des entendants : total, 1; résultat inconnu, 1.

Otalgie, par carie dentaire, 3; par angines spécifiques, 3; par causes inconnues, 2 : total, 8; guéris, 5; résultat inconnu, 3.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES :

1. *Van Esbeke*, enfant frêle et malade, âgée de 6 ans, nous est envoyée par le docteur *Thieren*, de l'Hôpital des Enfants. Elle souffre depuis trois ans d'un écoulement fétide de l'oreille droite dont l'intensité ne diminue parfois que pour permettre à une conjonctivite strumeuse double dont elle est atteinte en même temps de prendre le dessus. La petite patiente nous arrive frissonnante et fébrile. Le conduit auditif droit, fortement bombé dans sa paroi postéro-supérieure, ne laisse voir qu'une portion insignifiante du tympan, l'otorrhée est peu abondante. Derrière le pavillon, une tuméfaction qui a débuté il y a quatre semaines, forme un abcès énorme qui, au moment de l'examen, perce spontanément dans le conduit auditif et laisse écouler une cinquantaine de grammes d'un pus sanieux et puant. Élargissement de la fistule du conduit. Politzer. Acide borique. Pansement. Le lendemain, la fièvre s'étant maintenue, incision Wilde avec l'aide de notre confrère *De Mets*, décollement d'un morceau de la couche corticale de l'apophyse mastoïde, et comme nous ne rencontrons pas de pus dans le tissu spongieux mis à nu, et que nous craignons d'aller plus loin, lavage antiseptique, drainage et pansement à l'iodoforme. L'enfant retourne à pied chez elle. Le jour suivant, une injection

d'air par le nez fait couler du pus par le drain. En même temps l'écoulement par l'oreille a cessé complètement. Pouls : 37,4 à 6 heures du soir. Cette amélioration persiste et progresse durant huit jours. Puis l'otorrhée reprend, la plaie se rouvre et suppure, les frissons se répètent, des céphalées et des coliques se déclarent, et l'enfant succombe le douzième jour après l'opération à une pleurésie grave. Cette pleurésie était-elle une complication de pyémie? nous n'avons pu élucider cette question. Toutefois, la malpropreté infecte de l'appartement où couchait la patiente était bien à même de provoquer une nouvelle poussée de l'affection mastoïdienne, en dépit des soins multiples dont l'enfant a été l'objet.

2. *Vanderheyden*, fille de 15 ans, forte et sans antécédents pathologiques, nous est adressée par le docteur *De Bruyn*. Elle est atteinte depuis quatre mois, sans cause connue, d'un chatouillement derrière l'oreille droite, prurigo qui devient plus intense le soir, et qui, depuis peu, l'éveille pendant la nuit. Elle n'a jamais souffert d'écoulement et ne s'est aperçue ni de bourdonnements ni de surdité. Depuis 15 jours, la région mastoïdienne droite est l'objet d'un empatement diffus. Insomnie, inappétence, légères fièvres vespérales.

Status præsens. L'apophyse mastoïde droite est sensiblement plus volumineuse que celle du côté gauche; percussion très douloureuse, empatement peu considérable. Le méat du conduit est rétréci en arrière et en avant. Le tympan est légèrement injecté, l'ouïe est normale. Après quatre jours d'application de compresses chaudes, une légère fluctuation devient perceptible; le conduit très bombé laisse suinter un écoulement insignifiant d'otite externe. Cinq jours plus tard, incision Wilde avec l'aide de notre dévoué collègue *De Mets*, raclage étendu du périoste profondément infiltré, drainage et pansement à l'iodoforme. Au bout de deux semaines toute suppuration a tari, le méat du conduit et celui-ci ont repris le calibre ordinaire, tympan indemne, ouïe toujours normale. La patiente repasse à la clinique après deux mois. Elle n'a pas eu de rechute.

3. A., célibataire, journalier, âgé de 40 ans, consulte pour une surdité accompagnée de bruits subjectifs dont il souffre depuis quelques années. Il présente une cicatrice sigmoïde au pharynx et quelques taches grises sur le corps. L'affection daterait d'une vingtaine d'années et aurait été l'objet d'un traitement interne. Depuis un an diminution progressive de l'ouïe,

bourdonnements à gauche et bruissements à droite. Tympan gris et rétractés. Triangles lumineux effacés. Montre perçue des deux côtés au contact. La voix chuchotée, nombres prononcés contre le pavillon, n'est perçue qu'à gauche. Traitement exclusif : sirop de Gibert. Après quinze jours, diminution des bruits subjectifs. Puis, même traitement et insufflations d'air. Quatre semaines plus tard, montre à gauche = $4/75$, voix murmurée à droite et à gauche à la distance de 1 mètre. Disparition presque complète des bourdonnements et bruissements. Diagnostic : otite interne syphilitique.

4. La détonation amenée par l'explosion de la cartoucherie *Corvilain* le 6 septembre 1889 nous a gratifié de plusieurs maladies d'oreille d'une diversité étonnante. En dehors des deux cas de rupture du tympan et d'un cas d'otite interne grave, dureté de l'ouïe, vertiges et bruissement aux deux oreilles annotés dans le tableau des affections auriculaires traitées à la polyclinique, nous avons observé dans notre clientèle privée, le cas d'un bruit de cri-cri localisé au sommet de la tête et que nous n'avons pas réussi à guérir. Les tympanes et les trompes d'Eustache étaient intacts. Enfin, nous avons été amené à donner un certificat à un ouvrier de l'usine *Rieth*, où le tympan droit s'était rompu au moment de l'accident et chez lequel l'oreille gauche, dont le tympan était presque totalement détruit par une otite ancienne dont le patient n'avait aucun souvenir, s'était mise à couler abondamment le lendemain de l'explosion.

Maladies du nez et du naso-pharynx.

Eczéma de l'entrée des narines : total, 9; guéris, 9.

Corps étrangers (1 bouton; 1 perle) : total, 2; guéris, 2.
Traitement, insufflation d'air.

Épistaxis par varices de la cloison : total, 1; guéri, 1. *Traitement*, acide chromique.

Perforation de la cloison : total, 1.

Rhinites aiguës et chroniques et nasopharyngites : total, 23; guéris, 20; en traitement, 3. *Traitement*, acide chromique.

Rhinite caséuse : total, 1; guéri, 1.

Ozène (10 chez filles, 3 chez garçons) : total, 13; améliorés, 13.

Papillomes (1 sur cloison, 1 sur cornet inférieur : total, 2; guéris, 2. *Traitement*, cautère Paquelin et raclage.

Polypes muqueux : total, 9; guéris, 9. *Traitement*, anse froide.

Polype nasopharyngé muqueux : total, 1; guéri, 1. *Traitement*, crochet Lange.

Végétations adénoïdes : total, 10; guéris, 10. *Traitement*, curette Trautman.

Syphilis nasale : total, 2; améliorés, 2.

Lupus nasal : total, 2; guéri, 1; non guéri, 1. *Traitement*, raclage.

Déformation acquise (femme de 60 ans, la narine droite est complètement séparée de sa congénère.) Total, 1; non guéri, 1.

Sinite frontale double (a été traité auparavant à la clinique chirurgicale de Vienne : total, 1; non guéri, 1. *Traitement*, cathétérisme.

Observation de rhinite caséeuse.

5. *De Ridder*, d'Eckeren, femme octogénaire, sans antécédents pathologiques, jouissant du reste de la meilleure santé, nous consulte pour une affection du nez dont elle fait dater le début à plusieurs années. Elle déclare perdre par le nez des masses puantes qui lui remplissent les fosses nasales. Parfois des débris lui tombent dans la gorge et menacent de la suffoquer. A l'inspection des narines nous constatons à droite une substance d'un jaune presque canari, plutôt dure que liquide, grumeleuse et excessivement fétide. A gauche, la simple inspection de l'entrée des narines dévoile une masse gélatineuse, grise et transparente qui s'impose immédiatement comme un vulgaire polype muqueux. Toutefois, l'introduction du spéculum dévoile au delà et en bas de cette masse la présence de matières mollasses, jaunes, analogues à celles qui existent à droite. Nous enlevons à l'anse ce débris de polype muqueux non sans déterminer au moment de la traction une certaine hémorragie; puis, n'ayant pas réussi à nettoyer les fosses par des injections, nous évacuons leur contenu caséeux au moyen d'une curette mousse et d'une spatule vulgaire. Après deux heures de travail, les deux fosses sont détergées, celle de gauche ayant encore donné quelques masses gélatineuses et deux ou trois lamelles osseuses. Une injection consécutive permet de voir deux fosses nasales dilatées, à muqueuse en apparence saine et à cornets fortement atrophiés. Nulle part la sonde ne découvre un point

carieux. L'examen microscopique dévoile cristaux de corps gras, des globules blancs, des cellules épithéliales et des microbes.

Après une huitaine, la patiente nous revient et se déclare guérie. Cependant la fosse droite nous paraît remplie à nouveau comme la première fois, et il faut encore une demi-heure pour la vider. Comme le côté gauche était resté indemne, nous attribuons l'origine de ces nouvelles masses à droite à d'anciens dépôts provenant des sinus avoisinants, et prescrivons des injections.

De Ridder retourne au bout d'un mois. Elle a cessé depuis quinze jours les injections dont elle n'éprouve plus la nécessité. L'examen nous oblige de considérer le mal comme absolument guéri. Elle succombe quelques mois plus tard à une pneumonie.

Épicroise. Nos lecteurs connaissent les travaux de Cozzolino (*Annales de M. Gouguenheim*) qui, après trois observations personnelles, considère la rhinite caséeuse comme une rhinite desquamative spéciale aux scrofuleux et provoquée, à son avis, par les nombreux parasites (80 millions en 24 heures) qui passent par les fosses nasales. D'autre part Potiquet (*Revue mensuelle de laryngologie*, n° 11, 1889), après une étude des cas rares qui ont été décrits sous la dénomination de rhinites caséeuses, conclut que cette affection n'a pas une existence isolée et qu'elle est presque toujours symptomatique de la présence de corps étrangers, de syphilis, ou d'une suppuration des fosses ou sinus nasaux.

Or, non seulement l'observation qui précède permet d'exclure assez sûrement ces deux premières éventualités, mais, par la présence de quelques restes de polypes muqueux dans une des fosses nasales, elle provoque la question de savoir si, dans l'espèce, il ne s'est pas agi d'une dégénérescence graisseuse ou caséeuse de polypes muqueux. La quantité considérable de masses choléastomateuses rencontrées dans les fosses n'a rien qui puisse étonner, vu le nombre élevé de polypes qu'on rencontre parfois chez les gens de la campagne. Quant aux fines lamelles osseuses rencontrées à gauche, elles proviennent évidemment des cornets nasaux dont ils ont été séparés, ou bien par la traction que nous avons exercée avec l'anse, ou bien par une carie causée par le travail même de la dégénérescence caséeuse. Enfin, la guérison spontanée du mal après l'ablation des masses accumulées semble devoir exclure de prime abord toute

autre interprétation. D'accord avec le docteur Bories (4^e congrès français de chirurgie, octobre 1889) nous serions donc enclin à considérer les dépôts de la rhinite caséuse comme le résultat d'une nécrobiose de polypes muqueux.

Maladies du pharynx, du larynx et des régions avoisinantes.

Pharyngites aiguës simples : total, 16; guéris, 14; résultat inconnu, 2.

Pharyngites aiguës phlegmoneuses : total, 2; guéris, 2.

Pharyngites aiguës exsudatives (couenneuses) : total, 2; guéris, 2.

Pharyngites chroniques hypertrophiques et atrophiques : total, 17; guéris, 3; améliorés, 8; résultat inconnu, 6.

Pharyngites chroniques syphilitiques : total, 6; résultat inconnu, 6.

Pharyngites chroniques névrasthéniques : total, 4; améliorés, 4.

Hypertrophie de la luette et des amygdales palatines : total, 6; guéris, 6.

Perforation du voile par ulcération scrofuleuse : total, 1; non guéri, 1.

Laryngites aiguës et chroniques, simples : total, 4; guéris, 4.

Laryngites tuberculeuses : total, 21; améliorés, 11; résultat inconnu, 7; en traitement, 3; morts, 3.

Laryngites syphilitiques : total, 2; morts, 2.

Paralysies laryngées (2 *a frigore*, 2 par émotion) : total, 4; guéris, 4.

Epithélioma du larynx (début probable fin 1887, trachéotomie 24 septembre 1888, mort 24 février 1889) : total, 1.

Adénites cervicales suppurées : total, 3; guéris, 3.

Ulcération lupéuse de l'entrée des narines : total, 1; non guéri, 1.

Abcès sous-cutané au niveau de la pomme d'Adam dû à la compression du col : total, 1; guéris, 1.

Observations résumées de laryngites syphilitiques tertiaires à marche fatale.

6. B., âgé de 37 ans, ouvrier, consulte à la clinique pour la première fois en juillet 1888. Il a été présenté vers cette époque à nos confrères de la Société de médecine. Le malade se plaint d'une dysphagie extrêmement douloureuse. L'examen du cou

dénote un gonflement considérable des ganglions occipitaux et sous-maxillaires, et une certaine dilatation du thyroïde dont les ailes se sont arrondies et sont sensibles à la pression. Les premiers anneaux de la trachée semblent très durs à la palpation; l'axe du larynx est un peu dévié vers la gauche; la voix est rauque et la respiration un peu accélérée. Un commencement d'émaciation contraste avec la belle stature du patient, et le facies trahit une forte souffrance.

La moitié inférieure du voile mou du palais est disparue. Son bord, très tendu, est limité par deux bandes cicatricielles, blanches nacrées qui se continuent dans les piliers postérieurs. Au laryngoscope l'on est frappé de constater une hyperplasie des bandes ventriculaires, qui forment deux bourrelets rosés, offrant à la sonde une consistance médullaire. Le bourrelet gauche présente les dimensions d'une petite fève de marais et tend à imbriquer son partenaire. Au-dessus, le vestibule du larynx présente une cicatrice serpentineuse à la face postérieure de l'épiglotte. Il n'existe pas d'ulcération à ce moment, et la dysphagie ne semble reconnaître d'autre cause que la rigidité des brides cicatricielles du pharynx et la laryngite hyperplastique circonscrite qui s'est localisée aux bandes ventriculaires. Dans les régions sus-claviculaire et sus-épineuse gauche sous-matité et râles humides. Diagnostic : laryngite syphilitique tertiaire. Traitement : Iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Le 5 août, fièvre, cyanose, et fortes incursions du larynx comme dans toute dyspnée laryngée lors des mouvements respiratoires (*Gerhardt*). Pouls : 120. Cornage. Au laryngoscope, le patient, que nous n'avions plus vu depuis une quinzaine, présente un gonflement plus marqué des bandes ventriculaires, qui s'imbriquent de manière à former un clapet qui se ferme dans chaque mouvement d'inspiration. Trachéotomie d'urgence avec l'aide de mes confrères *De Mets* et *Van Langermeersch*. Puis iodure de potassium à 6 grammes par jour. Essais infructueux de détruire les hyperplasies laryngées par le galvanocautère, le tissu se régénérant rapidement. En novembre et décembre, essais de dilatation. Vers mi-janvier 1889, des hémoptysies fréquentes nous empêchent de continuer. Râles étendus sur toute la poitrine, haleine fétide, expectoration abondante.

Fin février, gonflement ganglionnaire énorme occupant tout le côté droit du cou, formation d'abcès et dysphagie extrême.

Tout traitement local du larynx est suspendu. Nous cessons l'iodure de potassium et prescrivons de la morphine. En ce moment, le larynx est complètement dévié vers la gauche par la tumeur ganglionnaire énorme qui occupe le côté droit, il est immobilisé au point de monter à peine lors des essais de déglutition. Les bourrelets se sont soudés en avant, et tout le vestibule du larynx n'est qu'une vaste ulcération. Le malade ne se nourrit plus qu'au moyen de lait qu'il aspire par un tube de verre; encore ce liquide passe-t-il parfois à côté de la canule par la plaie trachéale. — Le 15 mars, mort par inanition.

7. V., juif polonais, âgé de 32 ans, vient nous demander si le diagnostic de gomme syphilitique du larynx posé par un de nos confrères de la ville est exact. Le malade prétend ignorer absolument qu'il ait été contaminé. Cicatrice au prépuce, papules sur la verge et sur les cuisses, léger gonflement ganglionnaire au cou. Le patient n'a jamais fait de traitement. L'inspection du cou et la palpation du larynx ne dénotent rien de particulier. La voix est voilée, et la déglutition un peu douloureuse. L'épiglotte est remplacée par une tumeur arrondie, molle et ulcérée à sa face supérieure. Atteintements à la pierre infernale et prescription de sirop de Gibert. Un mois plus tard, l'ulcération avait envahi le repli ary-épiglottique. Le malade nous quitte pour consulter un autre médecin, puis part pour Vienne, subit la trachéotomie et meurt par cachexie.

V

RHINITES ET SURDITÉS

Par le Dr SÉNAC-LAGRANGE

ancien interne des hôpitaux, vice-président de la Société d'hydrologie, médecin aux eaux de Cautelets.

Suite (Voir les nos 3 et 6).

III

L'influence des affections de la muqueuse nasale sur l'oreille moyenne est telle que des auteurs comme Stucky (1)

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XII, p. 32.

affirment n'avoir jamais vu d'otite moyenne sans inflammation de ladite muqueuse. Si cette influence causale est exacte, la spontanéité organique, ajoutons-le, dispose seule du type morbide qui est provoqué. Un catarrhe lymphatique des fosses nasales pourra faire naître un catarrhe de même ordre de la caisse; mais des lésions de sclérose pourront s'y mêler. Des tumeurs adénoïdes seront le point de départ d'une sclérose plus ou moins partielle de l'oreille moyenne. Ces faits n'ont plus lieu de nous surprendre.

En sa qualité d'intermédiaire, la trompe prend sa part de l'affection de la muqueuse nasale.

Les tumeurs adénoïdes vont jusqu'à son embouchure, provoquant un catarrhe du conduit; ce catarrhe prend souvent la forme sèche qu'on reconnaît à ce que la sonde du cathéter rapporte de temps à autre quelque lambeau de sécrétion concrète. Quoi qu'il en soit de la forme et du degré de ce catarrhe, le gonflement de la muqueuse qui l'accompagne produit l'obstruction du conduit. Il s'y joint souvent une parésie des muscles salpingo-staphylins, notamment du péristaphylin interne (1). On peut prévoir l'effet de l'obstruction de la trompe; l'air intérieur ne contre-balançant plus la pression extérieure, celle-ci produit le retrait du tympan, la raideur, sinon l'ankylose des osselets, etc. Boucheron (2) a bien mis en évidence dans ces conditions l'action de l'air comprimé (détonation d'armes à feu, cloche à plongeur) sur le fonctionnement de l'oreille interne.

La dilatation de la trompe survient dans les mêmes conditions sur des récidives de catarrhe et l'abus du cathétérisme. Elle donne lieu à des autophonies désagréables.

La muqueuse de la caisse ne tarde pas à se modifier elle-même et à varier ses modifications suivant le type morbide auquel elle obéit plus spécialement. C'est ainsi que dans le lymphatisme elle acquiert un gonflement hypertrophique de ses éléments qui la rend villeuse, uniforme, polypeuse même, pour laisser parfois les productions de ce dernier ordre dominantes et indépendantes (3).

(1) Cette paralysie peut être primitive. Valsalva l'avait déjà observée dans des cas d'ulcération locale, donnant lieu à une variété de surdité. — Contractions du muscle tenseur du voile et du muscle interne du marteau sont solidaires l'une de l'autre.

(2) *Mém. Soc. d'ot. lar.*, t. XI, p. 73.

(3) L'hypertrophie se fait aux dépens des cellules ou réseau muqueux de Malpighi. Glandules en tube remplies de mucus plus ou moins concret; kystes par points; infiltration sereuse du tissu sous-épithélial.

La sécrétion, par excellence suppurative, est plus un mode spécial de l'espèce qu'une de ses terminaisons. N'en avons-nous pas le témoignage dans la formation et la persistance de ces otorrhées interminables qui, malgré toute médication, durent parfois l'existence du patient, c'est-à-dire l'existence de sa constitution ?

Et les récidives toujours dans le même sens, et les complications, dont M. A. Robin a si bien analysé la pathogénie dans sa remarquable thèse (1), toujours dans le même type suppuratif comme dans le type ulcératif, nécrosique ; car, de par la faiblesse native des tissus, c'est toujours la tendance à la destruction qui domine, qu'elle destruction soit suppurative ou ulcéreuse. C'est elle qui fait les perforations du tympan avec perte de tissu, les nécroses des osselets, la périostite aiguë généralisée, la carie des parois, des cellules mastoïdiennes, comme elle fait la propagation aux méninges, au tissu cérébral, aux sinus et aux veines (phlébite, thrombose).

La surdité, dans ces conditions, est ce que la font le plus ou moins d'acuité d'irruption de la maladie, l'abondance de la sécrétion et divers accidents ou complications, tels qu'une ouverture fistulaire du tympan, l'inflammation de l'apophyse mastoïde, la compression par polypes, les modifications subies par le tympan, etc. L'acuité de la maladie, l'enkystement de la sécrétion dans la caisse, le gonflement œdémateux, l'épaississement inflammatoire du tympan, entraînent la surdité complète. Le relâchement du tympan, à la suite de la résorption de produits embryonnaires, a moins d'inconvénients ; car on a vu la simple compression de la membrane par une boulette de coton introduite, soit permettre, soit améliorer l'audition (2), ainsi qu'il ressort des observations de Gellé, Miot, E. Ménière, etc. Au point de vue de la fonction, une large perte de substance est moins préjudiciable qu'une simple fistule. Quant à la nécrose et à la disparition des osselets, les dégâts qu'ils accusent ne vont pas sans un certain retentissement sur l'oreille interne, et il est difficile de faire la part différentielle qui convient à l'un ou à l'autre. Cependant, même dans ces conditions doubles, la surdité peut ne pas exister pour les notes élevées, qui seules produisent des

(1) *Des Affections cérébrales consécutives aux lésions du rocher*, 1883.

(2) On a observé dans ces cas une amélioration de l'audition au milieu du bruit. L'excitation des centres produirait par action réflexe une contraction indirecte du muscle du marteau et une augmentation de tension consécutive de la membrane tympanique.

ondes énergiques nécessaires aux vibrations des membranes affectées.

L'obstruction de la trompe, par la raréfaction qu'elle amène dans la caisse et le retrait du tympan qui la suit, entraînent un certain degré de compression des osselets sur la fenêtre ovale et des troubles en rapport : diminution de la capacité auditive, principalement dans la mastication (1), des bourdonnements doux (bruit de coque, de feuilles, de sifflement, etc.).

Des complications peuvent surgir du côté du nerf facial, de la corde du tympan. La paralysie du facial par propagation inflammatoire se localise dans un segment limité correspondant ordinairement à la naissance du filet du muscle de l'étrier jusqu'à la corde du tympan. L'hyperacousie ou les bourdonnements qui l'accompagnent proviendraient, pour les uns, de la contraction tonique du muscle interne du marteau tenseur du tympan et de la compression labyrinthique qu'elle pratique. Avec plus de raison, Urbantschitsch, qui observe l'hyperacousie dans les paralysies faciales périphériques, l'attribue à une contraction du muscle de l'étrier. Les rameaux du facial non paralysés subiraient une excitation plus grande à chaque action d'innervation du nerf (2).

La corde du tympan peut aussi s'affecter surtout par compression polypeuse. La sensibilité des parties antérieures de la langue est alors atteinte (disparition des sensations spéciales d'acidité, d'amertume, etc., sensation de fer chaud, salivation, névralgie).

Les complications labyrinthiques d'un côté peuvent produire le diplacousie (3).

Bien autres sont les lésions relevant de l'arthritisme. L'inflammation aboutit moins à la suppuration qu'à l'infiltration de la muqueuse et à l'organisation du tissu d'infiltration, jusqu'aux exsudats qui accusent cette organisation. Aussi voit-on des brides naturelles se faire, telle la bride formée par la muqueuse qui sous-tend la corde du tympan ou des brides artificielles unissant communément la branche descendante de l'encume au manche du marteau, le tympan et le manche du marteau au promontoire.

Les modifications du tympan commencent par un engorge-

(1) La contraction simultanée du muscle interne du marteau pendant la contraction du masséter est trop énergique, comme spasmodique.

(2) *Traité des mal. d'or.*, par URBANTS CH., traduit et annoté par CALMETTES.

(3) *Ann. mal. or. lar.*, t. VIII, p. 167.

ment fibro-vasculaire le long de la périphérie supérieure et du manche de marteau, constituant un véritable pannus. Des dépôts de cellules graisseuses se font çà et là; chez les gouteux, des plaques calcaires apparaissent d'emblée, des épaissements fibreux suivent dans la couche moyenne sous forme de stries, ils se retrouvent dans les fenêtres ovale et ronde. Objectivement, retrait du tympan, disparition du triangle lumineux, raccourcissement du marteau, porté en haut et en arrière, etc., sécheresse des articulations des osselets, hyperplasie et rétraction de leurs téguments, avec infiltration calcaire, exostoses et hyperostoses des osselets et des parois de la caisse, sclérose, éburnation mastoïdienne, achèvent un ensemble de lésions qui ne se retrouvent toutes ni aussi complètes ni aussi avancées, mais relèvent du même mode, acquises au plus dans cette évolution lente, locale, moins propre aux complications, qui est leur caractéristique finale.

Si le catarrhe domine, sécrétions sèches, consistantes, toujours diminuées.

Fonctionnellement, affaiblissement de l'ouïe non modifié par l'insufflation, accru même; perte du pouvoir d'adaptation de l'oreille, perception auditive pour les sons forts, diminuée pour les autres, audition meilleure dans un milieu vibrant (1), épreuve des pressions centripètes négative ou occasionnant des signes de compression labyrinthique, pouvant du reste être provoqués par l'otite elle-même..., épreuves du diapason vertex moindres par l'air que par le crâne, nulles ensuite (2); paracousie dans certains cas de lésions légères d'un côté, audition différente de la parole et du diapason vertex. (*Ann. mal. or.*, t. XIII, p. 32.)

L'influence de l'arthritisme s'affirme tant des lésions anatomiques, conques toujours dans la même direction, que des troubles fonctionnels. — Miot observe que chez les arthritiques les phénomènes de compression ou de congestion labyrinthique sont plus facilement provoqués par l'otite moyenne, vont même jus-

(1) La chaîne des osselets ébranlée se trouve dans des conditions de souplesse meilleures pour la transmission des sons. (Ladreit de Lacharrière, *Ann. mal. or.*, t. VI, p. 9.)

(2) En examinant le degré de l'audition au moyen du cornet acoustique adapté au cathéter de la trompe, Ring a pu donner des indications plus exactes sur la mobilité relative de l'étrier vis-à-vis ses congénères. En effet, de ce que dans l'otite en général quelques-uns entendent plus distinctement à l'aide du cornet introduit dans le cathéter, il s'ensuit que l'enclume et le marteau présentent un obstacle à la pénétration des sons, une certaine ankylotose en un mot, et que l'ankylose de l'étrier est moindre.

qu'aux crises épileptiques (Noquet, de Lille, *Soc. d'otol. et lar.*, 1886), — que des notions héréditaires et des rapports avec des manifestations de même nature. « J'ai observé un certain nombre de fois, écrit Ladreit de Lacharrière (1), l'affection des osselets coïncidant avec la disparition d'un rhumatisme de l'épaule et des muscles du cou, et plusieurs fois j'ai eu à constater l'amélioration de l'audition après le retour des douleurs du voisinage.

« J'ai souvent constaté des engorgements des chaînes des osselets chez des malades qui présentaient de l'eczéma et même du pityriasis des conduits auditifs.

« ... J'ai également observé des malades qui ressentaient des troubles de l'audition depuis la cessation de migraines (*loc. cit.*, t. V, p. 127).

Le professeur Duplay voit l'intervention d'un état constitutionnel, scrofule, dartre, arthritisme, syphilis, dans les affections des fosses nasales qui entraînent après elles la phlegmasie chronique de l'oreille moyenne. Quand cette phlegmasie est primitive, l'éminent professeur est moins affirmatif, bien que porté à reconnaître la même intervention. L'influence héréditaire ne fait du reste pour lui aucun doute.

Mais après les causes générales viennent les causes secondes ou occasions. Les plus évidentes de celles-ci sont à l'actif des provocations atmosphériques, et les exemples de leur influence portent sur tous les travailleurs à l'air libre. Le personnel des chemins de fer nous offre à ce sujet une gradation particulière: alors que les ouvriers sont particulièrement atteints d'affections auriculaires aiguës, les chauffeurs, mécaniciens sont affectés de catarrhe chronique qui se complique de marche vers la sclérose suivant le tempérament. Il y a plus: le labyrinthe peut se prendre consécutivement ou simultanément, et il n'est pas jusqu'au nerf optique qui, par suite des ébranlements auxquels il est soumis, de même que chez les chaudronniers, les forgerons, ne soit, lui aussi, disposé à s'affecter fonctionnellement d'abord, matériellement ensuite (dégénérescence progressive). Mais l'hybridité des lésions, demandera-t-on? Elle existe, accusant l'hybridité de la cause générale. On rencontre des catarrhes muco-purulents qui, avec le temps, se doublent de scléroses partielles, localisées sur et aux environs de la fenêtre ovale, du tympan, etc. Miot n'a-t-il pas observé en même temps des relâchements dans les ligaments des osselets? etc.

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. VII, p. 136.

Un élément nouveau apparaît dans l'otite aiguë, lequel, pour des esprits prompts à généraliser, entrerait seul dans la constitution des espèces, nous voulons parler du micro-organisme.

« L'otite moyenne aiguë, écrit le Dr Netter (1), n'est pas une maladie unique, toujours due au même micro-organisme. Il y a plusieurs espèces d'otites ayant chacune un microbe particulier. Chacune de ces espèces présente des caractères spéciaux qui tiennent aux propriétés des microbes qui leur ont donné naissance. »

L'otite à streptocoques (2) est la plus fréquente. Netter l'a trouvée 9 fois sur 11 cas, Zaufal 3 fois sur 5, Moos 3 fois, Holst 1 fois, etc. Ce qui caractérise son microbe, c'est le résultat positif des cultures pures et des inoculations. Aussi, sur les 9 cas de Netter, le streptocoque se retrouve seul. Dans 4 autres, existait un autre micro-organisme allongé, à bâtonnets très fins. Dans 3 cas, avec ces deux espèces, on trouvait un troisième ordre de colonies, formé par le staphylococcus pyogenes aureus.

Si nous cherchons les conditions morbides dans lesquelles apparaît l'otite à streptocoques, sur les 9 cas de Netter, elle se montre 7 fois dans les maladies générales plus ou moins virulentes, rougeole, fièvre typhoïde, phtisie. Aussi l'auteur la fait-il plutôt secondaire que primitive.

Du reste, la symptomatologie des otites moyennes aiguës à streptocoques ne diffère pas de la symptomatologie habituelle des otites moyennes aiguës.

Les complications de méningite auxquelles elles ont donné lieu se sont traduites tantôt par continuité, et peuvent s'expliquer par la résorption du pus et du micro-organisme par les vaisseaux sanguins; d'autres fois le streptocoque s'est trouvé dans le sang sans avoir déterminé de lésion macroscopique appréciable dans les veines de la cavité crânienne.

Au surplus, comme le dit le Dr Netter, ces complications ne sont nullement obligées, car chez 4 de ses malades, l'otite s'est terminée sans accident.

Voilà donc un micro-organisme des plus éminemment pathogènes qui provoque autant d'otites simples que d'otites compliquées.

Poursuivons.

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XIV, p. 483.

(2) Composés de grains ronds d'inégale dimension formant des chapelets libres ou intracellulaires.

Voici l'otite à pneumocoques (1). C'est le pneumocoque de Fränkel, le microbe pathogène de la pneumonie franche (2), ce qui ne veut pas dire que l'otite à pneumocoques ne puisse être indépendante de toute pneumonie. Sur 4 cas d'otite à pneumocoques, 2 (Zaufal) étaient primitifs et 3 furent simples, c'est-à-dire sans complication. La guérison est donc le mode de terminaison régulier, habituel, de l'otite à pneumocoques. Mais comme les streptocoques, les pneumocoques peuvent donner lieu à des méningites suppurées. En dehors des cas simples, l'infection par continuité est possible, comme l'infection métastatique après pénétration dans le sang de pneumocoques. — Aux pneumocoques est souvent associé le microbe de la suppuration, le *staphylococcus pyogenes aureus*.

Au surplus, l'activité du pneumocoque ou est moindre ou se perd rapidement, car l'inoculation avec des microbes isolés peut manquer, de même l'ensemencement de première ou de seconde culture.

Mais il paraît y avoir aussi une otite à bacille (pneumocoque) de Friedländer (3), qui n'est pas le microbe de la pneumonie. Zaufal l'a observé dans des cas d'otite aiguë à sécrétion séro-sanguinolente.

Enfin il est des otites à staphylocoques (*staphylococcus aureus*) dont il est impossible d'indiquer les caractères cliniques ; car, sur 4 cas, on a trouvé toujours le microbe de la suppuration associé au streptocoque ou au pneumocoque (Netter). Au surplus, il ne « paraissait dans l'exsudat qu'à une date relativement éloignée du début de l'otite », et ne se retrouvait pas dans les lésions éloignées de l'oreille et consécutives à l'otite.

Tous « les agents parasitaires qui peuvent produire une otite moyenne ont été trouvés dans la bouche, le nez, le pharynx des sujets sains (Netter) ».

Autant de cas simples que de cas compliqués, voilà, suivant les faits, pour le rôle du micro-organisme. S'il paraît en rapport avec la période de suppuration de l'otite (suppuration purulente homogène, muco-purulente, séro-sanguinolente), il l'est moins pour certains avec les périodes de début. S'il convient

(1) Organismes ovoïdes, lancéolés, entourés de capsules (diplocoques) et formant quelquefois des chaînettes.

(2) L'otite dans le cours de la pneumonie n'est point rare, surtout chez les enfants (Steiner, Wreden, Barety, Renault).

(3) Bacille gros, court, groupé deux à deux (diplo-bacille), encapsulé, etc.

au mode aigu, convient-il également au mode chronique, et dans celui-ci aux lésions spéciales de l'otite scléreuse où on ne paraît pas l'avoir rencontré ? L'idée d'effet se liant à l'idée de cause, celle-ci ne peut être que générale, et son intervention obligée dans toute évolution physiologique ou morbide, quelle que soit sa nature, et dans les terminaisons.

Quoi qu'il en soit, cliniquement, ce qu'on peut dire, c'est que certaines otites et certaine période de ces otites sont les conditions de développement des micro-organismes qui peuvent jouer le rôle de cause seconde.

BIBLIOGRAPHIE

Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe (2^e volume : *Larynx*), par F. MASSEI. 1 vol. in-12 de 570 pages. Vallardi, éditeur, Naples, 1890.

Le professeur Massei vient de faire paraître le second volume de la nouvelle édition de sa pathologie des premières voies aériennes : il le consacre au larynx. Ce volume ne le cède en rien à son aîné ; tous deux réunis constituent une œuvre excellente où celui qui ne sait pas apprend avec fruit, où celui qui sait apprend encore. Aucun ouvrage français ne lui peut être comparé : nous produisons de nombreuses et puissantes monographies ; mais nous n'avons pas encore fait de livre qui, comme celui-ci, donne l'inventaire exact de toutes les richesses de la science rhino-laryngologique, avec le concis d'un manuel, le complet d'un compendium.

Le livre débute par le préambule obligé sur l'anatomie et la physiologie de l'organe vocal ; mais la banalité de cet exorde se rachète par des aperçus nouveaux sur le larynx considéré comme une annexe du système reproducteur. Plus loin se lisent avec intérêt des pages sur l'anatomie comparée du larynx dans les diverses espèces animales.

Vient ensuite une deuxième partie consacrée à l'étude du laryngoscope : histoire de sa découverte, description critique

des appareils, manière de procéder à l'examen du malade, étude des obstacles que rencontre le débutant, moyen d'y remédier, etc., occupent une cinquantaine de pages.

Le gros œuvre de cet ouvrage, c'est la troisième partie. Les maladies du larynx y sont exposées en quatorze chapitres : 1° troubles circulatoires; 2° processus inflammatoires; 3° maladies parasitaires; 4° tuberculose; 5° syphilis; 6° lupus; 7° lèpre; 8° lésions diverses; 9° névroses; 10° néoplasmes; 11° fractures; 12° blessures; 13° corps étrangers; 14° vices de conformation. Une telle division est évidemment arbitraire : ainsi le groupe des processus inflammatoires devrait se laisser annexer en grande partie par celui des maladies parasitaires, toute inflammation étant fonction de microbes ou de poisons; ainsi encore se trouve dans le premier groupe l'œdème angionévrosique du larynx qui figurerait plus justement à côté des laryngopathies-névrosiques; mais on ne saurait demander à notre bourgeoise spécialité de suivre fidèlement les conceptions transcendantes et fin de siècle de la pathologie générale.

Les diverses opérations endo-laryngées sont décrites et appréciées dans la quatrième partie de cet ouvrage.

En résumé, un livre que j'appellerai éminemment suggestif, pour parler comme tout le monde, qui fait grand honneur à la littérature médicale italienne, et qui réclame bien vite une traduction française.

M. LERMOYEZ.

Leçons cliniques sur les maladies des premières voies respiratoires (année scolaire 1888-1889), par F. MASSEI; recueillies par le Dr SALVATORE MARANO. Salerne. Imprimerie Jovanne, 1889.

Sous la forme de leçons cliniques très claires et très suggestives, le professeur Massei a écrit treize monographies de diverses questions à l'ordre du jour en laryngologie. On aura grand intérêt à les lire dans l'original; le résumé en est impossible; chacune de ces leçons contient, à propos d'un cas clinique qui leur sert de point de départ, l'inventaire de toutes les découvertes modernes qui y ont trait. Mais ce n'est pas là un simple travail de compilation; l'auteur l'a semé des idées originales et neuves dont il est coutumier. On retrouvera avec plaisir dans cet ouvrage plusieurs articles qui ont déjà paru dans les journaux italiens; parmi les chapitres les plus intéressants se trouve l'histoire de la névrite primitive du récurrent, à peine entrevue

jusqu'ici, et dont Massei a affirmé l'existence, étendant ainsi le domaine des névrites périphériques dans les maladies infectieuses.

M. L.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Fälle von genuiner acuter Mittelohrentzündung veranlasst durch den diplococcus pneumoniae A. Fränkel-Weichselbaum und complicirt mit Abscessen des Proc. mastoideus. (Cas d'otites moyennes aiguës primitives, produites par le pneumocoque et compliquées d'abcès de l'apophyse mastoïde), par E. ZAUFAL. (*Prag. medizinische Woch.*, n° 36, 1889.)

L'auteur continue ses recherches sur la bactériologie des otites moyennes aiguës. Les cas dont il s'agit dans ce travail sont intéressants, parce qu'ils étaient compliqués d'abcès mastoïdiens. Ils appartiennent à une série de 7 cas d'otites à pneumocoques; dans une première série de 8 cas publiée précédemment, l'abcès mastoïdien ne s'était montré qu'une seule fois. Aussi l'auteur croit-il encore devoir se tenir sur la réserve en ce qui concerne le pronostic des différentes variétés bactériologiques d'otites aiguës. Tous les micro-organismes, qui leur donnent naissance, le pneumocoque et le pneumo-bacille de Friedländer, aussi bien que le staphylocoque et le streptocoque sont susceptibles, ainsi que le démontrent les travaux publiés jusqu'à ce jour, d'amener des complications du côté de l'apophyse mastoïde, des méninges. L'avenir seul pourra nous dire dans quelle mesure chacun de ces microbes devra être incriminé.

T. R.

Ueber Fremdkörper in der Paukenhöhle (Corps étrangers de la caisse du tympan), par ZAUFAL. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n° 50, 1889.)

En présence d'un corps étranger de la caisse du tympan, les auristes se comportent de façons différentes : les uns s'abstiennent de toute intervention, à moins cependant que l'extraction puisse être faite facilement, ou que des accidents graves la

rendent absolument nécessaire; d'autres, au contraire, conseillent l'extraction immédiate par tous les moyens qui sont à la disposition du chirurgien. Zaufal ne pense pas qu'on doive établir une règle générale; il faut avant tout établir un diagnostic précis et se comporter alors suivant les indications fournies par le cas particulier. Il rapporte l'observation d'un enfant de 5 ans auquel un petit camarade avait introduit un petit caillou dans l'oreille. Sur les tentatives d'extraction qui furent faites, le corps étranger pénétra dans la caisse du tympan. Peu de jours après, tuméfaction œdémateuse du conduit auditif et de l'apophyse mastoïde, suppuration profuse. L'enfant se présenta dans ces conditions à l'examen de Zaufal. Malgré les recherches les plus attentives avec le stylet, ce dernier ne put s'orienter sur la situation du corps étranger. Aussi s'abstint-il de toute intervention et se contenta-t-il de surveiller attentivement le petit malade. Ultérieurement le développement abondant de granulations vint montrer le siège exact du corps du délit, lequel put être alors extrait. — Zaufal insiste encore sur la nécessité de l'examen ophtalmoscopique dans ces cas. Si ce dernier révèle l'existence d'une hyperhémie au fond de l'œil, allant en augmentant, il faut admettre qu'il y a dans le voisinage du cerveau un foyer inflammatoire, et l'intervention est alors de toute nécessité. Dans un cas, l'auteur s'est guidé sur ces principes et a vu disparaître les phénomènes oculaires après l'extraction des corps étrangers.

T. R.

Ueber Polypen in den Warzenzellen des Schläfebeines (Des polypes des cellules mastoïdiennes du temporal), par J. GRUBER.
(*Allgemeine Wien. medizinische Zeitung*, n° 53, 1889.)

Les excroissances polypeuses des cellules mastoïdiennes ne sont pas aussi rares que pourrait le faire croire le silence des auteurs à leur égard. Depuis que la trépanation de l'apophyse mastoïde est entrée dans la chirurgie courante, on a occasion de les trouver souvent; elles ne font presque jamais défaut dans les cas d'otite moyenne de longue durée. — Quant à leur nature, ce sont naturellement des tumeurs malignes; il s'agit habituellement de granulomes qui ont leur point de départ dans une inflammation de l'oreille moyenne, beaucoup plus rarement de l'oreille externe. Ces tumeurs sont pédiculées ou sessiles; elles poussent des prolongements dans des trajets fistuleux, vers la face externe de l'apophyse mastoïde, ou dans le conduit auditif

externe après avoir perforé la paroi postérieure, ou enfin dans la cavité du tympan à travers l'orifice de communication des cellules mastoïdiennes avec cette cavité. — Les phénomènes auditifs qu'elles provoquent disparaissent dans le cortège des symptômes de l'affection causale. Pourtant Gruber a vu l'ouïe se rétablir et des phénomènes subjectifs disparaître après l'ablation de ces polypes. Leur diagnostic est difficile et ne peut être établi avec certitude qu'après un examen attentif par la vue et avec le stylet. Au point de vue du pronostic, ils ne sont pas négligeables; car si leur nature est le plus souvent bénigne, ils peuvent néanmoins, par leur présence, déterminer des stagnations de pus qui peuvent mettre la vie en danger. Quant au traitement, il doit avoir pour but de faire disparaître ces productions, soit au moyen de cautérisations avec le nitrate d'argent ou les acides, soit par voie chirurgicale. Cette dernière doit être préférée. Dans certains cas, il sera indiqué de faire la trépanation de l'apophyse mastoïde.

T. R.

Sur les métastases consécutives à l'otite moyenne, par S. SZE NES. (*Deutsche Archiv f. klin. Med.*, Band XLIV.)

Ce travail a pour but de montrer l'importance du traitement local de l'otite moyenne. L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles se montrent des accidents pyohémiques. Dans un cas, il s'agit d'une suppuration costale, dans un autre d'une périostite du maxillaire inférieur. Dans la troisième, terminée par la mort, on trouva à l'autopsie de la méningo-encéphalite suppurée, de la phlébite du sinus sigmoïde gauche, des abcès métastatiques dans le poumon et une pleurésie suppurée. La lecture des observations ne permet pas d'être aussi affirmatif que l'auteur, et dans les deux cas, terminés par la guérison, une autre explication serait peut-être, pour ne pas dire certainement, plus satisfaisante pour l'esprit.

P. T.

Bactériologie de l'otite moyenne, par KUHN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 58, p. 1054, 2 décembre 1889.)

On peut rencontrer dans l'otite moyenne un certain nombre de micro-organismes associés. Aussi n'attache-t-il guère d'importance à la présence de tel ou tel coccus.

Siebenmann cite un cas où l'examen microscopique resta négatif et où l'injection péritonéale expérimentale provoqua le développement d'une péritonite tuberculeuse.

P. TISSIER.

Histologie et bactériologie des affections diphtéritiques de l'oreille moyenne, par S. Moos. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 48, p. 1054, 2 décembre 1889.)

Trois fois, il y avait simultanément diphtérie pharyngée et trois autres fois diphtérie post scarlatineuse. L'affection datait de 2 à 18 jours. Pas de perforation du tympan. Dans deux cas seulement, la caisse contenait un liquide trouble. Examen microscopique de la paroi labyrinthique : nécrose partielle de l'épithélium de la muqueuse, exsudat fibrineux, destruction du périoste, nécrose osseuse. Processus dégénératif dans le muscle tenseur du tympan, inflammation mycosique du facial et de l'acoustique. Streptocoques associés à divers autres micro-organismes.

P. TISSIER.

Anatomie pathologique de la tuberculose de l'oreille, par HABERMANN. (*Verein Deutsche Aerzte in Prag.*, *Berlin. klin. Woch.*, 2 juillet 1889.)

Il s'agit de plusieurs cas de tuberculose. Dans un cas, il y avait tuberculose de la trompe et de l'oreille moyenne. Dans un autre, il y avait tuberculose de l'oreille interne. P. TISSIER.

Cancer du larynx. Extirpation de la moitié supérieure du larynx, par KARL ROSER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 764, 26 août 1889.)

Le cas de Roser concerne une femme de 42 ans, qu'il opéra pour un cancer ulcéré et étendu du larynx, datant de 4 ans. Il réséqua la moitié supérieure du larynx, l'épiglotte, l'os hyoïde et la peau correspondante. Dans une seconde opération (un mois plus tard), pour éviter le collapsus et la pneumonie secondaire, il enleva avec succès les parties malades restantes. P. TISSIER.

Cancer du larynx, par ROSENBERG. (*Laryngol. Gesellschaft zu Berlin. — Berlin. klin. Woch.*, n° 52, p. 1135, 1889.)

Il s'agit d'une tumeur ayant débuté à la partie postérieure du cartilage aryénoïde droit. Sa marche avait été lente puisque la malade (32 ans) faisait remonter les premiers troubles (dysphagie) à 8 ans. Cliniquement la tumeur paraissait bien être maligne. L'examen histologique d'un petit morceau montra la structure du papillome. Le néoplasme enlevé récidiva rapidement, sous forme d'une masse, à large implantation, à sommet ulcéré. La récurrence indiquait déjà une forte présomption pour une tu-

meur maligne. Les tumeurs bénignes, soumises à des irritations locales, peuvent s'ulcérer, mais le fait est déjà assez rare. L'examen histologique minutieux de la tumeur enlevée précédemment montra sa structure cancéreuse. Ce fait montre, après bien d'autres, la valeur qu'il faut attacher à l'examen microscopique d'un fragment superficiel d'une tumeur, au point de vue de la détermination de sa nature.

P. TISSIER.

De l'appareil à air chaud de Weigert dans le traitement de la tuberculose des poumons et du larynx, par H. MÖSER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 42, p. 1130, 1889.)

Les inhalations d'air chaud (160 à 240°) préconisées en Allemagne pour le traitement de la tuberculose, ont donné à Möser des résultats négatifs en ce qui touche le processus pulmonaire. Par contre, elles ont montré une action très favorable vis-à-vis des ulcérations laryngées tuberculeuses ou syphilitiques. Des ulcères laryngés bacillaires, même très étendus diminuaient rapidement d'étendue et guérissaient même alors que le traitement par l'acide lactique était resté inutile.

P. TISSIER.

Ueber Tracheotomie bei Larynxtuberculose (Trachéotomie dans la tuberculose du larynx), par SEIFERT. (*In München med. Woch.*, n° 15, 9 avril 1889.)

Un certain nombre d'auteurs sont pour la trachéotomie précoce et admettent qu'alors seulement on est en droit d'en attendre de bons résultats (Beverley, Robinson). M. Schmidt, en dehors des cas de sténose, admet encore comme indications l'étendue des lésions laryngées chez un sujet dont les poumons sont peu atteints, la rapidité de l'évolution de la tuberculose laryngée, lorsque les poumons sont relativement en bon état, et enfin la dysphagie. On obtient ainsi le repos du larynx, la diminution de la dysphagie, et de bons effets sur l'état général. L'amélioration peut se prolonger fort longtemps.

Keimer partage à peu près les idées de Schmidt.

Schrötter, dans son récent traité des maladies du larynx, n'admet pas que la seule indication de la trachéotomie soit la gêne respiratoire, poussée jusqu'à l'asphyxie, et il est pour l'intervention précoce.

Lennox-Browne repousse absolument la trachéotomie dans la phtisie laryngée pour les raisons suivantes : le larynx n'est pas plus ventilé, les colonies de bacilles s'y développent, la péné-

tration par la canule de l'air frais et sec cause des complications pulmonaires, et enfin la plaie trachéale se tuberculise.

Les avis des auteurs sont donc aussi partagés que possible; néanmoins la plupart sont pour la trachéotomie tardive. Seifert publie quatre cas d'opération de ce genre et commente les opinions des divers auteurs, et il conclut : que la trachéotomie peut amener une amélioration et même la guérison de la tuberculose laryngée; que la vie des malades est non seulement prolongée, mais aussi rendue plus supportable, et que l'intensité des lésions pulmonaires ne contre-indique pas l'opération.

Srebrny est d'avis de pratiquer la trachéotomie, non pas tant pour traiter le larynx que pour permettre l'injection dans la trachée de liquides antiseptiques.

La trachéotomie mettant le larynx au repos et permettant mieux le traitement local, semble à Hunter Mackenzie, non pas seulement une méthode palliative, mais encore curative.

Hopmann insiste aussi sur l'heureuse influence de la trachéotomie sur la tuberculose laryngée.

Solis Cohen n'admet la trachéotomie que lorsque l'asphyxie est menaçante. Morell Mackenzie est de cet avis, et loin de calmer le processus laryngé et d'assurer son repos, la canule serait une cause nouvelle d'irritation.

Schech, Pilcher, W. Briggs, Simanowski ont pratiqué la trachéotomie pour parer à l'asphyxie. Les autres opérations que l'on peut opposer à la tuberculose du larynx sont moins courantes et ont été rarement pratiquées.

La laryngo-fissure convient surtout aux formes pseudopoly-peuses. (Schnitzler, Hennig, Dehio, Beschorner, l'ont pratiquée dans ces conditions.)

Hopmann a pratiqué la laryngotomie pour des tumeurs lupiques.

Lemecke a pratiqué la laryngofissure pour un rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine tuberculeuse.

Schönborn a fait quatre fois la thyroéctomie, dans des cas de tuberculose laryngée (Streiter).

Köhler rapporte une résection partielle du larynx pratiquée par suite d'une erreur de diagnostic; on croyait avoir affaire à une lésion cancéreuse. Le malade ne survécut que 17 jours.

P. TISSIER.

Ub. Kehlkopftuberculose, ihre Behandlung. und Heilung tuber-

culose laryngée. Son traitement et sa guérison, par KEIMER.
(*Deutsche med. Wochenschrift*, n^{os} 41 et 42; 1889.)

Revue des médications de la phthisie laryngée, avec appréciation des diverses méthodes. Le menthol donne de bons résultats dans les formes légères chez les sujets sensibles. La méthode de choix est l'application d'acide lactique employé concurremment avec le curettage. Parmi les observations rapportées, citons deux cas de tuberculose primitive du larynx terminés par la guérison.

P. T.

A propos de l'étiologie des ulcérations tuberculeuses du larynx
(Zur Aetiolog. d. tuberkulösen Kehlkopfgeschwüre), par EUG. FRAENKEL. (*Centralbl. f. Klinische medicin.*, n^o 37, 14 septembre 1889.)

La plus grande partie des ulcérations laryngées survenant au cours de la phthisie bacillaire sont considérées comme un effet direct du bacille de Koch; il en est aussi de même pour les ulcérations que l'on a désignées jusqu'ici sous le nom d'ulcérations lenticulaires ou aphtheuses.

Il s'agit soit de tubercules, soit d'infiltrations circonscrites, qui ont pour conséquence de petites ulcérations. Elles contiennent d'ailleurs des bacilles. Les glandes acineuses du larynx joueraient seulement un rôle secondaire dans la production des ulcérations.

Les productions tuberculeuses du larynx contiennent un nombre variable de bacilles, et Fraenkel rappelle la loi Baumgartem-Weigert, qui établit un rapport inverse entre le nombre des cellules géantes et celui des bacilles. Ceux-ci se voient dans l'intimité des tissus alors que l'épithélium est sain et entre les cellules épithéliales.

Le rôle des infections secondaires est assez considérable. Il s'agit le plus souvent alors de staphylocoques et de streptocoques. L'examen bactériologique des coupes et les divers procédés de culture ont permis de vérifier souvent la réalité de ces infections surajoutées.

Il existerait, à côté des ulcérations tuberculeuses, d'autres ulcérations non spécifiques, siégeant surtout au niveau des processus vocaux, souvent symétriques. Ces érosions, assez rares du reste, sont vraisemblablement d'origine microbienne.

Les bacilles tuberculeux envahissent le larynx non par la voie sanguine se propageant de la profondeur vers la surface,

comme l'ont admis Heinze et récemment Korkunoff, mais par effraction épithéliale, de la surface vers la profondeur.

Il ne s'agit là, en somme, que de faits bien connus et admis, au moins pour la plupart, par tout le monde. P. T.

Tuberculose laryngée comme substratum anatomique de la boule hystérique, par LANGREUTER. (*Centr. Nervenheilkunde*, n° 17; 1889.)

Chez une hystérique de 44 ans, se plaignant du phénomène de la boule hystérique, on trouva à l'autopsie une tuberculose de la muqueuse laryngée ayant entraîné l'ulcération de tout l'ostium. Les poumons et l'intestin étaient indemmes. Il s'agissait d'une tuberculose isolée du larynx. P. T.

Lésions laryngées au cours de la fièvre typhoïde, par LANDGRAF. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril 1889.)

Sur 166 typhiques examinés à ce point de vue (96 hommes, 70 femmes), plus de la moitié ne présentèrent pas de lésions du côté du larynx. Ces dernières ne sont pas forcément liées aux cas graves, elles peuvent s'observer avec une dothiénentérie bénigne.

Ce serait à tort que l'on désigne habituellement sous le nom de catarrhale la lésion laryngée la plus fréquente et aussi la moins grave qui s'observe dans la fièvre typhoïde. A l'inverse de ce qui s'observe dans la laryngite catarrhale, il n'y a pas augmentation de la sécrétion muqueuse, ainsi que l'a montré Eppinger. La lésion la plus habituelle serait une forte hyperhémie artérielle, d'après ce dernier auteur. D'après Landgraf, les parties supérieures du larynx sont ordinairement rouges et l'on constate souvent une desquamation épithéliale et un dépôt blanchâtre sur l'épiglotte, les cartilages aryténoïdes et les replis ary-épiglottiques. Les manifestations se placent entre le début et la fin de la troisième semaine de la maladie.

Elles ne déterminent pour ainsi dire aucun symptôme subjectif. La dysphagie qui existe quelquefois ne reconnaît souvent aucune cause évidente. Ces accidents disparaissent en quelques jours, ou bien alors surviennent sur la muqueuse congestionnée des taches jaunes, semblant siéger à la surface de la muqueuse.

Landgraf en a extirpé une avec une curette, et il y a trouvé une fois le *staphylococcus pyogenes aureus* de Rosenbach, et une autre fois le *staphylococcus pyogenes flavus*. Il n'y a pas de signes objectifs.

Les ulcérations typiques proprement dites s'observent comme dans l'intestin au niveau des points qui contiennent du tissu adénoïde.

C'est ainsi que Landgraf a observé une de ces ulcérations avec dépôt nécrosique comme on le rencontre dans l'intestin. Le pronostic de ces ulcérations est peu fâcheux.

La périchondrite est une lésion de seconde main, ainsi que le montre déjà son apparition tardive. La périchondrite primitive est tout à fait exceptionnelle (1 cas sur 250 de périchondrite, Hoffmann). Le diagnostic en est difficile et se fonde surtout sur des probabilités.

La périchondrite s'accompagne d'œdème. Dans certains cas, les ulcérations prennent l'aspect diphthéritique, au sens anatomopathologique du mot.

P. T.

Sténose laryngée, par LANDGRAF. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, 2 septembre 1889, p. 784.)

Il s'agit d'une sténose d'origine syphilitique, formée par une membrane épaisse rétrécissant considérablement le calibre du larynx. L'administration du traitement spécifique, puis la section progressive de la membrane et la dilatation méthodique, amenèrent la guérison.

A signaler comme particularité, déjà observée par l'auteur chez un autre syphilitique, l'absence d'action de la cocaïne et du menthol.

P. TISSIER.

Sur la pathologie des sténoses trachéales et bronchiques, par LANDGRAF. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 50, 16 décembre 1889, p. 1095.)

La dyspnée inspiratrice, l'absence de pauses respiratoires, la rétraction de la paroi du thorax, le caractère strident de l'expiration et de l'inspiration, l'immobilité du larynx, la projection du menton en avant, la faiblesse de la voix, l'absence du murmure respiratoire coïncidant avec une sonorité normale, l'unilatéralité des troubles en cas de lésion unilatérale, rendent facile le diagnostic des sténoses trachéobronchiques. Mais il n'est pas toujours aussi simple d'en déterminer la cause et le siège.

L'examen au miroir de la trachée est alors nécessaire. Il n'est pas toujours possible, car les muscles ou les nerfs laryngés sont souvent lésés ; mais, dans certains cas, il permet de voir le rétrécissement. Dans quelques cas, il faut bien savoir qu'il peut y avoir plusieurs rétrécissements superposés. On peut,

lorsqu'il y a gêne pour l'examen direct, employer le cathétérisme (Schrötter) ou la méthode du pinceau (Schrötter) trempé, imbibé de cire pour prendre empreinte.

Les causes de sténoses sont multiples. En tête, il faut citer les diverses variétés de goîtres. Les tumeurs bénignes compriment, les tumeurs malignes perforent la paroi trachéale. Ensuite viennent les hyperplasies des ganglions du hile. On peut quelquefois diagnostiquer leur tuméfaction par la percussion et la soupçonner lorsque d'autres ganglions extérieurs sont atteints. Les tumeurs du médiastin, les anévrismes, surtout ceux de la concavité, etc., peuvent causer des sténoses compressives; la syphilis, le cancer primitif de la trachée, qui, dans un cas de Schrötter, se traduit par de la dyspnée et de la dysphagie, sans toux (certains auteurs considèrent la toux comme le premier symptôme de la maladie), les autres tumeurs primitives de la trachée (papillome, fibrome), les corps étrangers, la blennorrhée rhinolaryngée de Störk, sont aussi susceptibles de provoquer des rétrécissements de la trachée. Enfin Landgraf appelle l'attention sur les sténoses hystériques. On considère généralement le calibre de la trachée comme peu variable. Les muscles du segment postérieur peuvent, en se contractant, former une sorte de bourrelet longitudinal, qui, rétrécissant brusquement la lumière du conduit, peut provoquer des signes de sténose trachéale.

Il s'agissait d'un homme de 35 ans pris subitement quelques mois auparavant de toux et d'enrouement. Pas d'expectoration. Au bout de trois mois, aphonie intermittente, dyspnée diffuse, puis dysphagie avec douleur à la partie droite du cou. Bientôt s'installent tous les signes d'une sténose trachéale. On examine la trachée sans rien y trouver, et on pratique le cathétérisme des bronches. Au bout de trois séances de cathétérisme (lotions froides, air comprimé), le calme se rétablit, et bientôt la guérison est complète. Tout en faisant des réserves (kyste de la paroi trachéale postérieure), Landgraf se demande s'il ne s'agit pas d'hystérie.

Lublinski a observé un fait analogue chez une femme hystérique, ayant eu antérieurement de l'aphonie hystérique. Les signes de sténose, qui se montrèrent à deux reprises, disparurent chaque fois subitement, indépendamment du traitement institué. Gehhardt insiste, dans la discussion qui suivit la communication de Landgraf à la Société de médecine de Berlin, sur

deux causes rares de sténose, la cause colloïde, secondaire à la dégénérescence colloïde du corps thyroïde, et la production des chondroses trachéales et bronchiques multiples. Gehhardt regarde comme important pour le diagnostic le sifflement trachéal, et rappelle que, dans d'autres conduits, les rétrécissements spasmodiques simulent souvent les sténoses organiques. P. Heymann cite deux cas analogues à celui de Landgraf : l'un chez une jeune fille de 16 ans, hystérique ; l'autre chez une femme de 60 ans. Chez cette dernière, la dyspnée et le cornage disparurent par l'emploi de liqueur de Fowler. P. TISSIER.

Traitement des sténoses du larynx par la méthode de Schrötter,
par ARTH. THOST. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janvier 1889.)

Il s'agit, dans le cas de Thost, de sujets atteint de sténose laryngée à la suite de laryngotyphus. Les malades étaient, comme c'est, on le sait, le cas habituel en cette circonstance, condamnés à porter indéfiniment leur canule. La méthode de Schrötter permit de retirer définitivement la canule chez plusieurs malades. P. T.

Recherches sur le nerf laryngé supérieur (Versuche üb. d. Nerv. laryng. super.), par L. BREISACHER. (*Centr. f. d. medicin. Wissenschaft*, n° 43, 26 octobre 1889, p. 769.)

H. Möller (*Das Kehlkopfpeifen d. Pferde und seine operative Behandlung-Stuttgart*, 1888), s'appuyant sur ses expériences sur le cheval, admet que la section du nerf laryngé supérieur, avant son entrée dans le larynx, provoque l'atrophie de tous les muscles laryngés du même côté, et, par conséquent, que ce nerf contient des fibres trophiques de ces muscles. Les chevaux furent autopsiés au bout de 1 mois 1/2 à 4 mois 1/2. S. Exner (*Ein physiolog. Paradoxon, betreffend d. Innerv. d. Kehlkopf. Centr. f. Physiologie*, 1889, n° 6, 1, 115) reprit ces recherches et réséqua un fragment de 5 centimètres environ du nerf laryngé supérieur. Au bout de 1 mois 1/2, il constata une atrophie notable du muscle cricothyroïdien et une atrophie avec coloration jaunâtre du crico-aryténoïdien postérieur. Il explique ces lésions par ce fait que, consécutivement à l'ablation des fibres sensitives, les perceptions de mouvement n'existant plus, le mouvement lui-même devient moins actif. Ce serait, en définitive, une atrophie par inaction.

Breisacher a réséqué une certaine longueur du nerf laryngé

supérieur dans les mêmes conditions. Au bout de 3 mois $1/4$ et 3 mois $3/4$, l'autopsie des chevaux montra les muscles laryngés complètement normaux des deux côtés, bien que la résection ait été bien faite. Breisacher n'a pas non plus constaté d'atrophie chez les chiens dans les muscles innervés par le récurrent, après la résection du laryngé supérieur.

Ces recherches contradictoires ne permettent pas de conclusion; comme elles ont un intérêt physiologique et physiopathologique considérable, il serait vivement désirable qu'elles fussent reprises à nouveau.

P. TISSIER.

Lésions sous-muqueuses du larynx, par D. J. JURGENSMAYER, (*Berlin. klin. Woch.*, XXVI, 41, 1889.)

Voici l'observation de l'auteur nommé :

Une femme de 62 ans fut prise subitement la nuit de douleurs à la région du cou s'irradiant vers l'oreille gauche, avec sensation de corps étrangers. La déglutition d'aliments solides augmentait les douleurs. Trente-six heures environ après le début, la malade présentait une fièvre d'intensité moyenne, une légère dyspnée et de l'enrouement. La palpation du cou, légèrement douloureuse à gauche, montrait une légère tuméfaction des ganglions. Pas de syphilis. Induration du sommet du poulmon gauche.

Le côté gauche de l'épiglotte était fortement œdématié; la région aryténoïdienne, la corde vocale supérieure gauche et la région postérieure du larynx étaient aussi notablement tuméfiées. Rien aux rubans vocaux. Traitement I. K.

Le lendemain, le gonflement inflammatoire de l'épiglotte s'accrut encore davantage, et il montra deux foyers de nécrose, avec dénudation du cartilage. L'œdème aryténoïdien diminua. Dysphagie relativement légère, voix un peu Klossig, état général bon.

Il se développa successivement sur l'épiglotte, fortement tuméfiée, cinq foyers gris verdâtre de nécrose, qui se réunirent bientôt. En outre de ces ulcérations profondes, mettant à nu le cartilage, il se forma une légère perte de substances sur le repli ary-épiglottique gauche, avec enduit grisâtre, et une ulcération sur la partie droite du pharynx, qui, limitée d'abord, s'étendit ensuite.

Insufflation d'iodol. Cicatrisation rapide; au bout de trois semaines la guérison était complète.

Il ne s'agit ici ni d'érysipèle, ni d'œdème aigu du larynx, mais

d'une laryngite sous-muqueuse primitive, aiguë, localisée à l'épiglotte, avec envahissement secondaire du périoste et suppuration.

L'étiologie reste obscure. Ce n'est ni une lésion catarrhale, ni une détermination syphilitique ou tuberculeuse. L'auteur admet une infection septique dans le sens d'Eppinger. P. T.

Lupus des kehlkopfeinganges. Operation mittelst pharyngotomia subhyoidea (Lupus de l'entrée du larynx. Ablation par la pharyngotomie sous-hyoidienne), par C. GARRÉ. (*Beiträge zur Klinischen chirurgie von Bruns*, t. VI, 1^{er} fasc., p. 210.)

L'observation rapportée par l'auteur est intéressante tant au point de vue du diagnostic que du traitement. Elle peut se résumer brièvement de la façon suivante : une femme de 28 ans se présente avec des végétations d'apparence papillomateuse occupant le côté gauche de la base de la langue et le côté correspondant de l'épiglotte. La santé générale était d'ailleurs parfaite. Le diagnostic était hésitant entre la syphilis et la tuberculose. Un traitement antisyphilitique longtemps prolongé n'amena aucune amélioration; de même tous les traitements usités contre la tuberculose du larynx restèrent sans effet. L'ablation des parties malades fut décidée. Incision sous-hyoidienne de 12 centimètres parallèle au bord inférieur de l'os hyoïde; insertion des muscles sterno-hyoidien et thyro-hyoidien; enfin, incision de la membrane thyro-hyoidienne. Les parties malades sont ainsi largement mises à découvert. Avec les ciseaux on enlève successivement l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, les piliers antérieurs du voile du palais, les cartilages de Wrisberg et une partie des cartilages aryénoïdes. Pour prévenir le rétrécissement du larynx qui aurait pu résulter de la cicatrisation de cette plaie, l'auteur eut soin de la recouvrir avec de la muqueuse empruntée au pharynx. Enfin, suture complète de la plaie externe. Toutes ces manœuvres avaient été précédées de la trachéotomie préalable avec emploi de la canule de Trendelenburg. Les suites opératoires furent simples, le malade guérit.

L'examen histologique des fragments enlevés révéla des lésions identiques à celles décrites par Virchow, Unna et Eppinger comme spéciales au lupus. Il s'agissait donc d'un lupus primitif du larynx. Les faits de cet ordre sont rares. L'auteur n'a pu trouver dans les auteurs que deux autres observations de lupus primitif du larynx. Le mémoire se termine par

un plaidoyer en faveur de la pharyngotomie sous-hyoïdienne, qui serait trop délaissée.

T. R.

Deux cas de lupus du larynx, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 725, 12 août 1889.)

Le lupus du larynx passe pour rare, parce que c'est ailleurs que chez les laryngologistes que vont les lupiques. Il détermine, en effet, des troubles laryngés relativement effacés dans l'ensemble de ses autres manifestations.

C'est ainsi que les deux malades de Michelson n'avaient jamais rien accusé du côté de leur larynx. Cependant, dans un cas, l'épiglotte était ulcérée et son bord libre en partie détruit, et dans l'autre, l'épiglotte et les bandes ventriculaires étaient infiltrées et ulcérées.

P. TISSIER.

Rapport sur le traitement endolaryngé des tumeurs du larynx, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 36, 9 septembre 1889, p. 807.)

Michelson rapporte trois observations : l'une, d'un kyste siégeant entre le tiers antérieur et le tiers moyen de la corde vocale droite, suivi de guérison; l'autre, d'un papillome occupant la partie postérieure des bandes ventriculaires, qui récidiva; la troisième, d'un fibrome inséré sur la bande ventriculaire droite.

P. TISSIER.

Ueber Knorpelgeschwülste des larynx (Des tumeurs cartilagineuses du larynx), par le Dr FERUCCIO PUTELLI (de Venise). (*Vienne*, Alfred Hölder, 1889.)

Les enchondromes du larynx sont rares et le plus souvent des trouvailles d'amphithéâtre. Aussi n'ont-elles guère intéressé les laryngologistes jusqu'à ce jour. L'auteur en a rencontré un cas non diagnostiqué pendant la vie et s'est livré, à cette occasion, à des recherches bibliographiques étendues. Il a pu réunir seulement 7 cas d'enchondromes du larynx bien avérés, ce qui, avec le sien, porte leur nombre à 8. Parmi eux, trois furent reconnus seulement à l'autopsie; les autres avaient été vus au laryngoscope, mais sans que leur nature pût être établie.

L'étiologie de ces tumeurs est obscure; dans les 8 cas réunis, on compte sept hommes et une femme. Les malades avaient de 38 à 62 ans. Leur siège de prédilection est la lame postérieure du cartilage cricoïde; une fois seulement la tumeur siégeait sur le cartilage thyroïde. Leurs dimensions variaient depuis celle

d'une noisette à celle d'une amande. Quant à leur structure histologique, elles étaient constituées par du cartilage hyalin présentant çà et là des points ossifiés ou calcifiés. Les symptômes provoqués par ces tumeurs n'avaient rien de particulier; les phénomènes provoqués portaient sur la phonation, la respiration et la déglutition, et leur intensité dépendait autant du siège et de l'extension de la tumeur. Leur diagnostic présente de grandes difficultés; si l'on arrive pourtant à établir que la tumeur a son point de départ dans la partie postérieure du cartilage cricoïde, le diagnostic d'enchondrome est probable, car les autres variétés de tumeurs du larynx naissent rarement de cette partie. Enfin, en ce qui concerne le traitement, il est évident *a priori* qu'à raison de la dureté de la tumeur et de son implantation profonde dans les cartilages la voie endolaryngée constitue une ressource très limitée. C'est à l'ablation de la tumeur par voie extralaryngée qu'il faut avoir recours. Deux opérations sont alors possibles: 1° l'énucléation de la tumeur par une incision au cou analogue à celle de la pharyngotomie sous-hyoidienne; Billroth l'a effectuée ainsi dans un cas; 2° l'ablation de la totalité des cartilages aryténoïdes et des cordes vocales. Böcker a effectué cette opération avec succès. Cette dernière nécessite le port d'une canule trachéale permanente.

T. R.

Vollständiger narbiger Verschluss des larynx; Heilung auf intra-laryngealem Wege (Occlusion cicatricielle complète du larynx; guérison par voie intralaryngée), par G. JUFINGER. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n° 44; 1889.)

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, qui, sans cause apparente, est prise de troubles laryngés et d'accès de suffocation nécessitant la trachéotomie. Une variole survient, et quand, après six semaines, la convalescence commence, on constate que toute communication était interrompue entre le pharynx et l'arbre aérien. Toutes les tentatives de dilatation restèrent sans résultat. C'est alors que le professeur Schrötter pénétra avec un instrument de son invention à travers la cicatrice, entre les cordes vocales, et fit reparaitre la pointe de l'instrument au niveau de la plaie trachéale. Un fil, assujéti à cette extrémité, est placé dans le trajet par le retrait de l'instrument et vite en place. Le lendemain un fil plus grand le remplace, et ainsi de suite jusqu'à ce que les dilateurs de caoutchouc puissent être introduits. L'examen laryngoscopique montre alors que l'occlu-

sion avait été produite par une tumeur grosse comme un pois, implantée du côté droit, au-dessous de la corde vocale supérieure et obstruant la glotte. Cette tumeur fut enlevée avec l'anse galvanique, et dès lors la dilatation se fit rapidement.

T. R.

Ueber Pachydermia laryngis (De la pachydermie du larynx),
par L. RÉTHI. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n° 27, p. 536;
1889.)

L'auteur rapporte une observation personnelle de pachydermie du larynx, dans laquelle l'examen laryngoscopique suffit pour poser le diagnostic sans la moindre hésitation. Il s'agissait, en effet, de cette forme lisse, dans laquelle les lésions siègent dans l'épithélium et le corps papillaire, et où l'aspect velouté et la présence d'épaississement au niveau des apophyses vocales des deux côtés ne permettaient pas le doute. Ce cas est intéressant, parce que l'auteur a pu prendre sur le fait la genèse de ces dépressions au niveau de la saillie de la tumeur, dépression que Virchow attribuait à l'adhérence de la muqueuse aux cartilages sous-jacents. Ces dépressions sont la formation secondaire; elles sont produites par la pression réciproque que les deux tumeurs, placées symétriquement, exercent l'une sur l'autre. Quelques réflexions sur les difficultés que le diagnostic de cette affection avec le cancer peut présenter dans certains cas, même après examen histologique, accompagnent cette courte observation.

T. R.

Importance pathologique des glandes des cordes vocales, par
B. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 43, p. 941, 28 octobre
1889.)

D'après les coupes nombreuses de l'auteur, la structure des cordes vocales serait plus complexe qu'on ne l'admet généralement. Luschka et la plupart des anatomistes n'y décrivent aucune glande. Au-dessus et au-dessous du faisceau musculaire des cordes se trouvent deux rangées de glandes arrondies en haut, ovales en bas sur les coupes. Le conduit excréteur se dirige sur le bord libre et la partie inférieure. Les glandes sont souvent agglomérées et possèdent un très long conduit excréteur. Celui-ci aboutit environ à 1 millimètre $\frac{1}{2}$ du bord libre, marqué par la présence de papilles.

C'est la tuméfaction de ces glandes qui produit les tubercules glottiques que l'on trouve chez les enfants et qui causent le plus

souvent l'enrouement à cet âge. Ces nodules disparaissent à la puberté. Ces glandes ont une sécrétion que l'on peut saisir sur le vivant. Elles peuvent être le siège d'abcès et de tumeurs à résolution rapide.

Les nodules des chanteurs sont ordinairement symétriques. Compatibles avec une bonne voix, ils peuvent, dans certains cas, provoquer de l'enrouement ou des altérations du chant. Fraenkel a pu se convaincre par l'examen laryngoscopique (gouttelette de mucus au moment où les nodules arrivent au contact) et par l'examen histologique de la nature glandulaire de ces nodules. Les femmes surtout sont prédisposées à ces nodules. Ceux-ci peuvent devenir l'origine de kystes par rétention.

Rappelons que ces détails de structure des cordes vocales sont depuis longtemps classiques en France. P. T.

Que faut-il entendre sous le nom de vraie corde vocale? par P. HEYMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 52, p. 1135; 1889.)

Il semblait que l'accord était établi depuis longtemps sur cette question. Mais la polémique soulevée par un article de Kanthack, paru dans les *Archives* de Virchow, a remis ce point en discussion. Les définitions des anatomistes (Hermann, v. Meyer, J. Muller, Luchska, etc.) diffèrent plus ou moins de celles des laryngologistes. Voici la définition que propose Heymann. La limite inférieure des cordes vocales est le point où la muqueuse de verticale devient oblique; la limite latérale, le point où la partie inférieure du sinus de Morgagni devient horizontale. P. TISSIER.

Corps étranger des voies aériennes, par LEYDEN. (*Ver. f. innere Med.*, avril 1889; in *Berl. klin. Woch.*, 15 avril 1889.)

Un enfant avait avalé une pierre, qui, pendant quinze mois, ne donna lieu à aucun trouble. Il mourut subitement au bout de ce temps, après une course rapide. A l'autopsie, on trouva une fistule incomplète au niveau de la corde vocale droite, et la pierre au niveau de la bifurcation des bronches. La chute de la pierre avait produit l'asphyxie. P. T.

Sur les bactéries des voies aériennes à l'état normal, par L. VON BESSER. (*Ziegler's Beitrage z. pathologisch. Anatomie*, Bd VI, n° 4; 1889.)

Cavités des fosses nasales. — L'auteur a trouvé de nombreux microbes, pathogènes ou non; par ordre de fréquence,

pour les premiers, le diplococcus de Fränkel 14/84, le staphylococcus pyogenes aureus 14/84, le streptococcus pyogenes 7/84, le bacille de Friedländer 2/84; parmi les seconds, le micrococcus liquefaciens albus 22/84, le micrococcus cumulus tenuis 14/84, le micrococcus liquefaciens flavus 3/84, etc.

Cavités accessoires du nez. — Pas de micro-organisme. Dans un cas d'empyème de l'antre d'Higmore, v. Besser trouva le diplocoque de la pneumonie et la streptocoque pyogène.

Larynx (examen pratiqué 3-4 heures après la mort). — Streptococcus pyogenes 5/5, staphylococcus pyogenes aureus 3/5, micrococcus albus liquef. 4/5, micrococcus cum. tenuis 1/5, etc.

Bronches. — Diplocoque de la pneumonie 3/10; staphylococcus pyogenes aureus 8/10, streptococcus pyogenes 2/10, bacille de Friedländer 1/10, micrococcus cumulus tenuis, micrococcus liquef., etc.

Ainsi qu'il est facile de le voir, le nombre des micro-organismes diminue à mesure que l'on s'éloigne dans la direction des ramifications bronchiques.

Ce travail confirme les faits déjà connus (Netter, Weichselbaum) et en apporte un certain nombre de nouveaux. Il nous montre que les microbes pathogènes existent jusque dans les bronches à l'état normal, et que, pour qu'ils deviennent nocifs, il faut une cause occasionnelle qui augmente leur virulence, qui favorise leur multiplication ou qui leur ouvre sa barrière épithéliale. Quel que soit le processus, et il est sans doute complexe, les faits n'en sont pas moins fort intéressants.

P. TISSIER.

Einiges ub. pemphigus der oberen Luftwegen (Quelques mots sur le pemphigus de la partie supérieure des voies aériennes), par ZWILLINGER. (Pester med. chirurg. Presse, n° 15; 1889; in Centr. f. klin. Med., p. 552; 1889.)

L'auteur n'a pas observé de bulles de pemphigus sur la muqueuse nasale, ni sur celle de la bouche. Par contre, il a noté deux fois la présence de bulles sur l'épiglotte. Elles étaient gris blanchâtre, peu tendues, de la grosseur d'une demi-noisette. Dans un cas, le processus s'étendait à un repli ary-épiglottique et à la partie supérieure de la région aryénoïdienne du même côté. Les bulles durèrent peu et, à leur niveau, la muqueuse resta rouge intense, lisse, avec de petits dépôts gris jaunâtre.

P. T.

De la périchondrite primitive du larynx, par BEHR. (*Zur Casuistik d. primar. Perichondritis laryngea. Inaug. Dissert. Munchen.*, 1889. *Schmidt's Jahrb.*, Bd 225.)

Il s'agit d'un cas de périchondrite dont on ne put retrouver l'origine dans une lésion antérieure. Les premiers symptômes remarqués par la malade (âgée de 69 ans) furent de la douleur du côté droit du cou et de la dysphagie. Il n'existait alors comme symptôme objectif qu'une légère tuméfaction, à peine douloureuse. Plus tard survinrent des douleurs vives, de l'enrouement, de la toux et des accès de suffocation.

Au bout de quatre semaines, la dyspnée devint continue, l'inspiration sifflante; la voix était rauque, le corps thyroïde légèrement tuméfié. L'examen laryngoscopique montra, après quelques essais infructueux (instabilité, présence de mucosités), un rétrécissement considérable de la lumière du larynx, le cartilage aryénoïde droit se trouvant en avant du cartilage gauche.

Après la mort, survenue au bout de huit semaines (à partir du début), du fait d'une pneumonie intercurrente, on trouva un abcès laryngé avec nécrose des cartilages. Rien à l'épiglotte, aux ligaments ary-épiglottiques, au cartilage thyroïde. La cavité de l'abcès occupait les deux tiers inférieurs du chaton cricoïde; le tiers supérieur était épaissi et tuméfié. Un trajet fistuleux faisait communiquer l'abcès avec le ventricule de Morgagni du côté droit.

P. TISSIER.

Sur la nature de l'ozène avec quelques considérations sur la transformation des épithéliums (Ub. d. Wesen d. ozaena nebst enig. Bemerk. uber Epithelmetaplasie), par SCHUCHARDT. (*Sammlung klinisch. Vorträge*, n° 340.)

C'est von Volkmann qui a attiré le premier l'attention sur la substitution d'un épithélium pavimenteux à l'épithélium normal de la muqueuse nasale dans l'ozène. Schuchardt a vérifié l'exactitude des données de von Volkmann, et il se demande s'il ne faut pas attribuer la fétidité de l'odeur de l'ozène à cette modification épithéliale.

C'est une théorie nouvelle à ajouter aux mille autres qui ont été proposées sur cette question. On ne conçoit guère le rapport que veut établir l'auteur, et il est nécessaire d'ajouter que la transformation épithéliale n'est qu'une des nombreuses lésions qui s'observent dans l'ozène.

P. T.

Der chronische catarrh. d. Cavum pharyngonasale und d. Bursa pharyngea (Le catarrhe chronique du pharynx nasal), etc., par F. SIEBENMANN. (*Correspond.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 12, 15 juin 1889.)

Dans ce travail, qui reproduit la plupart des critiques adressées à la conception de Tornwaldt et dans lequel l'auteur ne semble pas même se douter des nombreux travaux qu'a suscités la question, nous trouvons une revue des affections catarrhales hypertrophiques de la muqueuse du pharynx nasal.

En voici les conclusions principales :

Le catarrhe hypertrophique du pharynx nasal s'observe fréquemment à Bâle et dans les environs. Les formes les plus légères sont liées habituellement à l'hypertrophie de la partie postérieure de la cloison et des cornets et à la tuméfaction du tissu caverneux de l'extrémité antérieure des cornets.

La sécrétion, qui est exagérée, provient de toute la surface amygdalienne (amygdale pharyngée), et non pas seulement du recessus médian ou bourse pharyngée. Celle-ci n'existe pas au sens de Mayer, de Luschka, de Tornwaldt. La dépression en question ne se voit pas dans les degrés très intenses du catarrhe hypertrophique. L'auteur trouva dans plus du tiers des cas qu'il a examinés des kystes de l'amygdale pharyngée. L'auteur emploie le couteau de Gottstein, concurremment avec le traitement médical (douches nasales, badigeonnage, etc.).

Les complications nasales guérissent souvent alors spontanément.

P. T.

Opérations sur les voies aériennes supérieures par l'électrolyse, par KAFEMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, p. 785, 2 septembre 1889.)

Kafemann a traité l'ozone par l'électrolyse et il indique les résultats de ce traitement.

P. T.

Diagnostic et traitement des névroses nasales réflexes, par J. SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, 1518, 19, 21; 1889.)

Après avoir refait rapidement l'historique complet de la question (Vollolini, B. Fränkel, Hennig, Hartmann, M. Schäfer, Gottstein, M. Bresgen, J. Herzog, Hack, Sommerbrodt, P. Schech, E. Fränkel, L. Götz, J. Mackenzie, W. Roth, H. Schmaltz, Hopmann, Schadowaldt, Wille, Tornwaldt, W. Runge, Lublinski, Krause, P. Heymann), en oubliant natu-

rellement les auteurs français, l'auteur montre l'importance qui s'attache à cette question et la nécessité de l'examen du nez, dans un certain nombre de cas pathologiques mal expliqués.

L'expérience de la cocaïne est nécessaire pour poser le diagnostic. C'est-à-dire que l'on doit d'abord, lorsque l'on a des raisons de soupçonner une origine nasale, badigeonner à la cocaïne tout un côté et, au besoin, les deux côtés du nez pendant l'accès, qui doit être calmé ou tout au moins très atténué au bout de cinq à dix minutes. Il reste ensuite à préciser, par l'exploration du nez avec la sonde et la cocaïne, le point de départ de l'excitation, la zone irritable, sur lequel l'application de cocaïne doit arrêter l'accès ou le modifier profondément en cinq à dix minutes. Il y a quelquefois des symptômes du côté du nez, mais ceux-ci peuvent manquer; il est bon de ne pas l'oublier. On peut se convaincre, en procédant de la sorte, du grand nombre de névroses d'origine nasale. Les sujets en question sont souvent hystériques ou neurasthéniques.

Il n'est pas toujours nécessaire, comme on l'a admis, qu'il y ait en quelque sorte prédisposition, qu'il y ait un terrain neurasthénique pour que les névroses nasales réflexes se développent. Cela a lieu dans certains cas, mais la neurasthénie peut aussi être secondaire. Scheinmann rapporte ensuite un certain nombre de cas de *névralgie faciale* ou de *céphalalgie* ayant une origine nasale, un cas de *paresthésie du pharynx* de même origine (sensation de corps étranger), et il ajoute que l'existence de lésions de la base de la langue et du pharynx ne suffit pas à éliminer la possibilité d'une lésion nasale génératrice; un cas de toux spasmodique, secondaire à une hyperplasie du cornet inférieur gauche; plusieurs cas de coryza vaso-moteur (obstruction nasale intermittente due à une tuméfaction des cornets, avec sécrétion d'un liquide aqueux abondant, avec accès d'éternuements à début brusque, pouvant survenir chez l'enfant et chez l'adulte, etc.); plusieurs cas d'asthme. Il constate une relation entre les organes génitaux et le nez, l'asthme et le coryza vaso-moteur ayant une influence défavorable sur le coït, et les excitations génitales exagérant l'hyperesthésie nasale. L'hyperesthésie du nez augmente d'intensité et d'étendue au cours de l'accès d'asthme, en même temps la tuméfaction des cornets augmente le plus souvent. L'inverse peut aussi s'observer. Les cas graves d'asthme nasal s'accompagnent souvent d'une faiblesse nerveuse particulière

progressive, qui s'améliore par le traitement nasal, dont l'auteur donne les différents procédés, aujourd'hui bien connus.

P. TISSIER.

Quelques cas de guérison d'épilepsie réflexe d'origine nasale, par SCHNEIDER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 43, p. 934, 28 octobre 1889.)

Schneider a observé 6 cas d'épilepsie réflexe d'origine nasale dans les cinq dernières années. L'épilepsie était, dans plusieurs cas, accompagnée d'asthme.

Dans un cas, il s'agissait de tuméfactions polypoides bilatérales des cornets, avec polype muqueux vrai et exostose de la cloison à droite; dans un autre, d'hyperplasie polypoïde du cornet inférieur; dans un troisième, d'hyperplasie simple; dans un quatrième, d'un angiome siégeant sur le cornet inférieur droit, contenant de nombreux filets nerveux; dans les deux derniers, d'hyperplasie des cornets inférieurs. Tous les malades guérissent par le traitement dirigé contre l'affection nasale. P. TISSIER.

Traitement de l'empyème de l'antre d'Higmore, par ALFRED FRIEDLANDER. (*Berl. kl. Woch.*, n° 37, 16 septembre 1889, p. 815.)

Les recherches de Friedländer ont été faites à l'instigation de Krause.

Les affections du sinus maxillaire sont consécutives aux affections du nez ou du périoste alvéolaire. Hartmann et Fränkel croient à la plus grande fréquence de ce dernier processus. Le seul symptôme topique est la suppuration isolée d'un méat moyen. L'issue du pus par cet orifice est facilitée par la tuméfaction de la muqueuse de l'antre (Zuckerkindl) et par certaines positions de la tête. Lorsque l'on injecte de l'iodoforme dans la cavité, celui-ci sort avec le pus dans le méat moyen. Cet orifice peut être fermé ou masqué par des hyperplasies diverses de la muqueuse. Il faut alors autant que possible le libérer, on peut pratiquer une ponction exploratrice (Schmidt, Ziem). Les divers procédés opératoires proposés ne donnent que des résultats à moitié satisfaisants. Krause ouvre l'antre d'Higmore par le méat inférieur à l'aide d'un trocart. On lave la cavité avec une solution boriquée, les liquides sortent par l'orifice naturel du méat moyen, on y insuffle ainsi de l'iodoforme en quantité suffisante pour couvrir toute la muqueuse.

P. TISSIER.

Zur Casuistik der Highmorshohlenempyeme (Contribution à la casuistique des abcès du sinus maxillaire), par A. HARTMANN. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 50.)

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui, depuis six mois, présentait des filets de sang dans les crachats, si bien que, malgré l'absence de symptômes physiques, plusieurs médecins diagnostiquèrent une tuberculose pulmonaire. Ultérieurement survint un écoulement par le nez, purulent et fétide, qui vint mettre sur la voie du diagnostic d'abcès du sinus maxillaire d'origine dentaire. La dent incriminée fut extraite, l'alvéole perforée, et quelques lavages pratiqués à travers cet orifice artificiel amenèrent la guérison. Les petites hémorrhagies avaient eu pour origine les granulations qui s'étaient formées à l'entrée du sinus maxillaire.

Pour répondre aux objections qui lui ont été faites contre la possibilité de la guérison des abcès du sinus maxillaire par les simples irrigations faites dans cette cavité à travers son orifice nasal, l'auteur rapporte deux nouvelles observations où cette guérison fut ainsi obtenue. Aussi maintient-il plus que jamais cette opinion, que, dans tout abcès du sinus maxillaire, on doit essayer les irrigations antiseptiques par l'orifice naturel, avant d'avoir recours à des interventions chirurgicales. T. R.

Ueber das Empyema antri Highmori (De l'empyème du sinus maxillaire), par O. CHIARI. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1889, n° 48 et 49.)

On s'est peu occupé de cette affection avant 1886; cela tient à ce fait que l'on ne songeait à une accumulation du pus dans le sinus maxillaire que quand cette cavité était fortement dilatée et que le visage avait subi une déformation notable. Ziem, en appelant l'attention sur les fréquences de cette affection, a suscité de nombreux travaux. Chiari a observé 7 cas de cette affection. Dans 4 de ces cas, elle était manifestement d'origine dentaire; dans 2 autres elle l'était très vraisemblablement; dans un seul cas elle était d'origine nasale. Aussi Chiari est-il obligé de se ranger dans la catégorie des auteurs qui admettent l'origine dentaire comme de beaucoup la plus commune. Au point de vue du diagnostic, trois signes sont d'une importance capitale : un écoulement purulent se faisant périodiquement par l'une des narines, l'existence d'une périostite actuelle ou antérieure des dents du maxillaire supérieur du même côté, la constatation à

l'aide de l'examen rhinoscopique d'un écoulement du pus par l'orifice du sinus maxillaire. Dans les cas douteux, Chiari repousse le procédé de Ziem, qui recommande, dans un but de diagnostic, d'extraire une molaire et de perforer le sinus par l'alvéole. Il serait, au contraire, assez tenté d'employer le moyen recommandé par Moritz Schmidt; ce moyen consiste à perforer avec la seringue de Pravaz la paroi externe des fosses nasales, dans la partie située au-dessus du cornet inférieur, de pénétrer ainsi dans le sinus maxillaire et d'aspirer son contenu. Enfin Chiari attache peu d'importance à la percussion des parois du sinus, avec laquelle Link prétend établir le diagnostic. A propos du traitement, l'auteur passe en revue tous les procédés qui ont été recommandés pour évacuer le contenu du sinus et y pratiquer des lavages antiseptiques. Celui qu'il emploie de préférence est le procédé de Cooper, qui consiste à aborder le sinus par la bouche à travers les alvéoles dentaires. Il y pratique une petite perforation permanente et habitue ses malades à se pratiquer eux-mêmes des lavages. La guérison est ainsi obtenue en quelques mois. Chiari n'a pas encore eu l'occasion d'employer ni la méthode de Krause, qui, après évacuation du liquide, pratique dans la cavité des insufflations d'iodoforme; ni celle de Schech, qui, dans les cas rebelles, perfore largement la paroi du sinus, pratique le grattage de la muqueuse et bourre la cavité avec de la gaze iodoformée.

T. REBLAUB.

Diagnostic et traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore,
par MICHELSON. (*Berl. kl. Woch.*, p. 725, n° 32, 12 août 1889.)

Les recherches de Ziem, B. Fränkel, Walb, Krieg, etc., ont montré que l'examen du nez pouvait suffire pour le diagnostic de l'empyème maxillaire. Michelson insiste encore sur deux éléments importants au point de vue de la diagnose : la percussion (Ignaz Lenk) et la ponction exploratrice (Tornwaldt, Moritz Schmidt). Michelson pratique à la fois l'ouverture par le méat inférieur et par l'alvéole d'une dent enlevée.

P. T.

Réséction du cartilage quadrangulaire pour la guérison de la scoliose du nez, par KRIEG. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31, 5 août 1889, p. 693.)

La réséction doit toujours être pratiquée du côté rétréci. L'étendue de la réséction ne peut être évaluée par la voie antérieure. Cette réséction ne suffit pas généralement, et il faut la

compléter dans un second temps. L'opération se pratique sans chloroforme avec les précautions antiseptiques.

Krieg donne la statistique de 23 opérations (8 à 44 ans).

P. T.

Oblitération congénitale des choanes, par A. ONODI. (*Berliner klin. Woch.*, n° 33, 19 août 1889.)

L'oblitération congénitale des choanes est une anomalie très rare et absolument inexplicée. Le malade d'Onodi, âgé de 18 ans, se plaignait d'un catarrhe de la fosse nasale droite. Jamais ce côté du nez n'avait été perméable, disait-il. La cloison était fortement déviée à droite. Onodi réséqua la partie saillante. Avec le miroir on constata alors une synéchie entre la paroi et le cornet inférieur, dans le tiers moyen du nez. La choane par le rhinoscope postérieur était normale à gauche. A droite existait une excavation revêtue de muqueuse. Le diaphragme possédait trois petits pertuis superposés de haut en bas (la moyenne fournie par la synéchie), aboutissant aux trois méats correspondants, et avait par place une consistance dure, osseuse. On pratiqua la section de cette membrane et la respiration nasale devint normale.

Zuckerkandl a publié un cas analogue.

P. TISSIER.

Obstruction osseuse de deux choanes, par B. FRÄNKEL. (*Berl. klin. Woch.*, n° 27, p. 625, 8 juillet 1889.)

Fränkel a déjà observé plusieurs cas analogues. L'obstruction des choanes se traduit par les signes des sténoses totales. La voix ressemble à celle des malades porteurs de végétations adénoïdes. L'atrophie des cornets permet de voir la membrane obturatrice par l'examen du nez. La sonde montre sa consistance osseuse. Anosmie; goût peu développé. Le vinaigre donne la sensation du sel. Les membranes seront percées avec un trocart.

P. TISSIER.

L'aluminium acéto-tartrique et son emploi dans les maladies du nez, par ARNOLD HOLSTE. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 676, 29 juillet 1889.)

MM. Schöffer et Lange ont employé les premiers avec succès l'aluminium auto-tartrique. En poudre, cet agent a une action légèrement caustique, il possède en outre un pouvoir antiseptique énergique (Schede). Pour les affections ulcéreuses du nez, il faut l'employer mélangé avec de l'acide borique pulvérisé

C'est un excellent moyen pour détruire la base d'implantation des polypes. Il donne aussi de bons résultats dans l'ozène et dans les rhinites hyperplasiques.

P. TISSIER.

Mycose nasale, par PAUL SCHUBERT. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, 30 septembre 1889, p. 856.)

Schubert rappelle les faits de Langenbeck, de Virchow, et deux autres observés antérieurement par lui. La malade, dans le cas actuel, se plaignait d'obstruction du nez et d'un écoulement gênant datant de plusieurs semaines.

Les deux cavités du nez étaient remplies dans le méat moyen d'une sécrétion gris verdâtre, d'odeur fétide non osseuse. La respiration nasale était difficile. On nettoya aisément le nez, la muqueuse apparut légèrement tuméfiée. Quelques insufflations d'acide borique amenèrent la guérison.

L'examen microscopique montra un mycélium abondant avec des gonidies cylindriques dont l'espèce reste indéterminée en l'absence de cultures.

P. TISSIER.

Ueber intranasale Synechien und deren Behandlung (Des synéchies intra-nasales et de leur traitement, par KRAKAUER. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 45.)

L'auteur élimine de son travail toutes les synéchies osseuses et toutes celles d'origine congénitale, pour ne s'occuper exclusivement que de ces adhérences membraneuses qui se font entre les cornets inférieur ou moyen et la cloison. Ces adhérences artificielles sont toujours d'origine chirurgicale et surviennent à la suite d'une intervention locale, le plus souvent après l'ablation de polypes du nez. Parmi ces derniers, il en est qui sont d'une extraction difficile; ce sont ceux qui siègent dans la partie postérieure d'une narine rétrécie. Les manœuvres nécessaires pour placer l'anse du polypotome déterminent des lésions de la muqueuse nasale; cette dernière se tuméfie et, pour peu que la cavité narinale soit rétrécie, les parties situées en face l'une de l'autre se touchent et contractent des adhérences. Contrairement à l'opinion généralement reçue, l'auteur a toujours observé que ces adhérences sont épaisses et étendues: elles ont le plus souvent une étendue de 1 à 3 centimètres. Leur siège est par ordre de fréquence: entre le cornet inférieur et la cloison, entre le cornet moyen et la paroi externe, entre le cornet moyen et la cloison, entre la face inférieure ou le bord libre du cornet inférieur et le plancher des fosses nasales. En raison de l'épais-

seur et de la solidité de ces synéchies, le traitement n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. Un simple coup de ciseaux ne suffit pas plus qu'on ne réussit à les sectionner d'avant en arrière avec le couteau galvanique. L'auteur n'a pas toujours réussi non plus avec un ciseau tranchant. Le moyen qui convient le mieux est celui qui consiste à sectionner en brides fibreuses d'arrière en avant au moyen d'une anse métallique à froid ou chauffée au rouge. La section faite, il faut maintenir les parties séparées l'une de l'autre; l'auteur conseille d'interposer à cet effet une petite plaque de carton.

T. R.

Ein neuer Schlingenschnürer für Nasen rachen polypen (Nouveau polypotome pour polypes naso-pharyngiens), par L. RÉTHI. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1890, n° 4.)

La modification que l'auteur a apportée à l'instrument ordinaire consiste essentiellement dans ce fait que l'extrémité antérieure est articulée et est mobile dans le sens latéral. Un pas de vis commande cette articulation et permet de donner à l'anse métallique l'inclinaison nécessaire pour y faire pénétrer la tumeur. Ce temps de l'opération se trouve ainsi notablement facilité.

T. R.

Einige Fälle von Störungen des Geruches und Geschmacks (Quelques cas de troubles de l'odorat et du goût), par E. BAUMGARTEN. (*Pester med. chirurg. Presse*, 1889, et tirage à part.)

L'auteur rapporte 3 cas d'hyperosmie ou hyperesthésie olfactive et de parosmie ou perversion de l'olfaction. Dans le premier cas, il s'agit d'une hyperosmie simple liée à une lésion des cornets chez une personne très nerveuse. Dans les deux autres cette hyperosmie s'accompagnait de perversion de l'odorat, l'un de ces malades percevant constamment une odeur de cadavre; l'autre, celle de l'acide phénique.

T. R.

La forme nasale de l'asthme bronchique, par ÉMILE BLOCH. (*Volkman's Sammlung. klinische Vorträge*, n° 344.)

La gêne de la respiration nasale amène des inspirations plus profondes et plus lentes et provoque une véritable crampe du diaphragme. L'expiration se trouvant aussi gênée, il se produit une contraction des muscles bronchiques. Tel serait le mécanisme de l'asthme bronchique d'origine nasale. Si les

accès d'asthme peuvent développer la neurasthénie, celle-ci peut aussi favoriser le développement de l'asthme. P. TISSIER.

Physiologie des cavités aériennes de la tête, par SANDMANN.
(*Berliner kl. Woch.*, n° 52, p. 1135; 1889.)

Après avoir rappelé les recherches de Braum et Clasen, de Pacchen, de Sterne, de V. Mayre, sur le rôle de ces cavités dans la respiration, Sandmann rapporte les expériences qu'il fit, à l'aide d'un tambour enregistreur, dans un cas où le sinus maxillaire avait été ouvert pour un empyème. Pendant la respiration calme, il ne se montre que de faibles variations de pression, mais lorsque la respiration est forcée, les variations de pression augmentent. Une autre théorie voit dans ces cavités des appareils de résonance pour la voix (Vollolini, Tröltsch). Pour l'auteur, ces cavités d'air servent à atténuer le son de la voix pour l'oreille. L'air et surtout le système des cavités aériennes, mauvais conducteur des vibrations, forment un manteau qui protège l'appareil si délicat de l'ouïe contre les sons trop intenses de notre propre voix. D'autres, enfin (Spiegel, Virchow, Muller, Froriep), considèrent ces cavités comme destinées à diminuer le poids du squelette de la tête.

P. TISSIER.

Zur Operation der hypertrophischen Pharynxtonsille (Contribution à l'opération de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne), par KUHN. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 44.)

L'auteur présente un nouvel instrument, une pince, qui permettrait d'enlever en un seul temps et sans difficulté toutes les tumeurs adénoïdes du pharynx.

T. R.

Thérapeutique actuelle du catarrhe chronique du pharynx, par R. KAFEMANN. (*Berl. kl. Woch.*, n° 40, 7 octobre 1889, p. 880.)

Le traitement des granulations pharyngées par le galvanocautère est classique depuis Michel, 1873. Mais c'est une erreur de croire bien faire en s'attaquant à quelques granulations quand le nez ou le rétropharynx sont pris. Les cas d'insuccès ne se comptent pas dans ces conditions. L'auteur préfère l'emploi du nitrate d'argent, qu'il fait pénétrer directement dans l'intérieur de la granulation.

C'est un traitement local facile qu'il peut être indiqué d'employer, lorsque le nez et le rétropharynx sont mis hors de cause

P. TISSIER.

Rétrécissement du pharynx, par B. FRANKEL. (*Berlin. kl. Woch.*, n° 27, p. 625, 8 juillet 1889.)

Il y a adhérence du voile du palais et de la paroi pharyngée postérieure, et il existe une membrane tendue de la base de la langue à la paroi pharyngée, percée d'un trou très droit. Respiration stridente. Déglutition des aliments solides impossible. Fränkel agrandit l'orifice par deux incisions. L'épiglotte était transformée en une tumeur arrondie. Il y eut ulcération et nouvelle cicatrice rétractile. On pratique la dilatation progressive; s'agit-il de syphilis acquise ou héréditaire?

P. TISSIER.

Lésions pharyngées dans la fièvre typhoïde, par BELDE. (*Inaug. dissertat. Berlin*, 1889.)

Les lésions du pharynx, peu étudiées en Allemagne, si l'on en croit l'auteur, sont fréquentes dans la fièvre typhoïde. 68 fois sur 140 cas de fièvre typhoïde le pharynx fut pris. Parmi les lésions, il faut distinguer les formes bénignes, catarrhales et graves, ulcéreuses et diphthéritiques. Le catarrhe du pharynx est aussi fréquent dans les cas bénins que dans les formes graves. Mais les inflammations diphthéritiques, croupales ou même simplement ulcéreuses ne se voient guère que dans les formes sévères.

L'auteur décrit les hyperhémies, les hémorrhagies, les angines catarrhales, l'amygdalite folliculaire, l'angine croupale et diphthéritique, les ulcérations et enfin les paralysies.

Les manifestations pharyngées de la fièvre typhoïde peuvent se montrer dans toutes les phases de son évolution. P. TISSIER.

Ueber die Localisation der Angina phlegmonosa (De la localisation de l'angine phlegmoneuse), par CHIARI. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n° 43; 1889.)

L'auteur résume lui-même son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'angine phlegmoneuse a rarement son siège dans l'amygdale et fournit, dans ces cas, des abcès, de petites dimensions le plus souvent, qui s'ouvrent spontanément à la surface de l'amygdale ou sont faciles à ouvrir;

2° Habituellement l'inflammation est localisée au-dessus et en dehors de l'amygdale qu'elle repousse en bas et en dedans, tandis que le pilier antérieur du voile du palais est fortement repoussé en avant dans la cavité buccale;

3° La suppuration, qui est de règle, sera reconnue par l'œdème de la luette et des piliers, les douleurs vives et lancinantes avec irradiations vers l'oreille et la fluctuation. Cependant ces signes peuvent induire en erreur. Dans les cas douteux, il est bon de faire une ponction exploratrice, en pénétrant directement d'avant en arrière, à 2 centimètres de profondeur au moins de la partie moyenne du pilier antérieur ;

4° Le pus bien constaté, on enfoncera un ténotome pointu ou un bistouri entouré de diachylon au milieu d'une ligne qui ira de la luette à la couronne de la dent de sagesse supérieure, à moins pourtant qu'on observe en un autre point un point saillant jaunâtre ou qu'on puisse déterminer nettement l'existence, en un autre point, d'une fluctuation manifeste. L'incision doit être parallèle au pilier antérieur ; elle sera dirigée directement en arrière et peut, sans danger, pénétrer de 1 à 2 centimètres de profondeur. Dès que le pus apparaîtra, on retirera l'instrument en débridant largement par en bas ;

5° Si l'existence du pus ne peut être établie, mais si la tension des tissus est considérable, on incisera de la même façon pour amener au moins le dégorgement des tissus enflammés ;

6° Dans des cas rares, le pus se fait jour en un autre point ; c'est pourquoi il est indispensable de se livrer à une inspection soigneuse de la bouche, du pharynx et du naso-pharynx. On sera parfois assez heureux pour découvrir le foyer purulent.

T. R.

Sopra un caso di tonsillite follicolare acuta infettiva (Pneumocoque dans l'amygdalite folliculaire, par U. GABBI. (*Sperimentale*, avril 1889 ; analyse d'après FREUDENBERG, *Centralbl. f. kl. med.*, n° 42, p. 730.)

L'origine de l'amygdalite folliculaire reste entourée, à l'heure actuelle, de plus d'une obscurité. Certes, sa nature infectieuse est aujourd'hui bien établie, mais quel en est le microbe spécifique ? Le problème ne manque pas d'être délicat, étant donné le nombre et la multiplicité des micro-organismes qui ont dans la bouche, et plus particulièrement dans leurs cryptes amygdaliennes, leur habitat normal. Néanmoins l'amygdalite folliculaire est une maladie bien caractérisée, qui a son étiologie, son début, son évolution, sa durée même, tout à fait propres. Il n'est guère d'affections toujours plus semblables à elles-mêmes. Tout porte donc à croire à l'unité de la cause.

D'autre part, l'histoire naturelle du pneumocoque, établie

dans ces dernières années, nous a révélé les nombreuses voies par lesquelles il peut attaquer l'organisme, et établi un lien causal entre un assez grand nombre de maladies autrefois séparées, mais possédant cependant un air de famille. Début bruyant, succédant souvent à une impression de froid ; évolution rapide, crise, etc.

Le fait rapporté par l'auteur italien présente donc un intérêt considérable, en ce qu'il nous montre un des facteurs (est-ce le seul ?) de l'amygdalite folliculaire.

Au début, l'on ne put découvrir (examen direct, cultures, inoculations) que le pneumocoque de Fränkel dans l'exsudat et dans les follicules non ulcérés. Au niveau des ulcérations consécutives, Gabbi trouva le staphylococcus aureus (Fränkel a signalé le staphylococcus albus). Il s'agit, pour l'auteur, d'une infection secondaire.

Notons que MM. Cornil et Netter ont signalé la fréquence de l'amygdalite dans la pneumonie et constaté des pneumocoques dans l'exsudat qui recouvre les amygdales.

P. T.

De l'ouverture des lacunes de l'amygdale, par SCHMIDT.

(*Therapeutische Monatshefte*, 1889.)

V. Hoffmann a, le premier, conseillé de traiter certaines affections pour l'ouverture des lacunes de l'amygdale ; à l'aide d'un petit crochet mousse spécial, on pénètre dans l'intérieur de la lacune et, avec le crochet, on agrandit l'ouverture, que l'on transforme en fente. Les concrétions, calcaires ou non, qui se forment dans ces cryptes sont souvent la cause d'un état local inflammatoire ou l'origine d'accidents réflexes du côté du pharynx, du larynx, de la conjonctive, du trijumeau, etc. Le traitement d'Hoffmann, appliqué dans tous les points où il existe des concrétions (tissu adénoïde du pharynx), amène souvent la guérison.

P. TISSIER.

Cas de carcinome du corps thyroïde, par SCHEINMANN. (Berlin.

kl. Woch., p. 1053, 2 décembre 1889.)

Toux et enrouement s'exagérant par périodes datant de près de deux ans. Paralyse de la corde vocale droite en janvier 1889, qui reste immobile dans la position cadavérique pendant la respiration et la phonation. La corde vocale gauche reste dans la situation médiane pendant l'inspiration et s'écarte légèrement pendant l'expiration. Voix claire. En somme, paralysie récurrentielle totale à droite, parésie partielle à gauche.

L'auteur attribue les troubles de motilité de la corde gauche à une paralysie de l'adducteur et y voit la confirmation de la théorie de Rosenbach-Semon. Cette observation s'explique tout aussi bien par la théorie plus simple que nous avons exposée ailleurs (phthisie laryngée — Gouguenheim et Tissier).

A l'autopsie, carcinome du corps thyroïde avec lésions des récurrents, dont l'examen sera ultérieurement publié. P. T.

Cancer de l'œsophage, paralysie du récurrent gauche, parésie du récurrent droit, par MARCHAND. (*Berliner kl. Woch.*, n° 34, p. 764, 26 août 1889.)

Cancer squirrheux de l'œsophage, siégeant au-dessous du larynx, ayant déterminé une sténose très serrée; ulcération communiquant par un orifice arrondi avec la trachée. Paralysie de la corde vocale droite, parésie à gauche.

Le récurrent gauche était englobé dans la masse squirrheuse, le récurrent droit était moins altéré. P. TISSIER.

Traitement de la coqueluche par la résorcine, par ANDEER. (*Centralblatt f. med. Wissenschaft*, n° 40; 1889.)

Les accès disparaissent au bout de quatre à dix jours. Il prescrit la résorcine suivant l'âge, en solution aqueuse à 1/2 ou 2 0/0 à prendre par verre plusieurs fois par jour, et comme gargarisme. P. TISSIER.

Le bromoforme comme médicament de la coqueluche, par STEPP. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 31-41; 1889.)

Stepp le donne par gouttes, et le médicament est ainsi mieux accepté par les enfants. On administre suivant l'âge de 1 à 7 gouttes, trois à quatre fois par jour. Le bromoforme est pris dans une cuiller d'eau dans laquelle il se rassemble en perle, en raison de son poids spécifique. Lorsque le médicament a une teinte rouge et renferme du brome libre, il faut le rejeter. P. TISSIER.

Traitement de la coqueluche, par F. SCHILLING. (*Munch. med. Woch.*, 1889.)

Depuis les recherches de Salkowski, les propriétés microbicides de l'eau chloroformée sont bien établies. Schilling, partant de cette idée que la coqueluche relève d'une origine microbienne, a essayé de la traiter par l'eau chloroformée, en

inhalations. L'effet fut favorable au point de vue de l'intensité, de la fréquence des accès et de la durée totale de l'affection.

P. TISSIER.

Tétanie consécutive à l'extirpation du goitre, par EISELSBERG.
(*Berlin. kl. Woch.*, p. 945, 28 octobre 1889.)

Sur 52 extirpations totales pratiquées par Billroth, la tétanie se montra 12 fois, le plus souvent précédée de grossesses. A l'autopsie, on ne trouva jamais de lésions de la moelle ni du cerveau. Chez une femme, les accès se montrent encore souvent, neuf ans après l'opération. Il y a toujours bronchite avec sécrétion visqueuse. Il y a assez souvent excitation psychique. 4 cas se terminèrent par la mort (2 extirpations pour goitre gênant la respiration, 2 autres pour cancer). Les femmes seules ont présenté de la tétanie (12 ans, 64 ans). Il ne faut incriminer que l'extirpation totale (Bardeleben, Schill, Fuhr, Horsley), et non les lésions des récurrents. Sur des chats, Eiselsberg vit que l'extirpation totale provoquait toujours de la tétanie et se terminait par la mort. L'extirpation des 4/5 de la glande est mortelle. La transplantation (Horsley) ne lui a pas donné de bons résultats. On sait que Horsley pense que la glande thyroïde a pour fonction de détruire leur substance mucinoïde toxique.

P. TISSIER.

Erythème exsudatif dans les organes du cou, par SCHOETZ.
(*Berlin. klin. Woch.*, n° 27, p. 612, 8 juillet 1889.)

Willau a déjà signalé l'érythème de la bouche et du pharynx. On a publié depuis un certain nombre de cas, réunis par Polotebnoff. Dans le cas de Schoetz, le larynx et le nez furent pris. Lavage interne de la muqueuse buccale et pharyngée. Ulcération pharyngée. Larynx érythémateux et légèrement tuméfié. Tumeurs immédiatement au-dessous de la glotte, sur la paroi postérieure du larynx, à l'endroit où se développent les tumeurs de la pachydermie. Ces tumeurs s'ulcérèrent et se recouvrirent d'un exsudat jaunâtre. Sécrétion nasale purulente; ulcération superficielle du cornet inférieur; ulcération du ventricule de Morgagni à gauche; ulcérations épiglottiques. Ces lésions, qui se terminèrent par la guérison, accompagnèrent l'évolution d'un érythème exsudatif bien caractérisé. Le processus fut le suivant : infiltration et ulcération nécrosique.

Les manifestations laryngées de l'érythème exsudatif multiforme sont exceptionnelles. Ce cas serait encore unique (Lewin).

Les ulcérations s'expliquent par ce fait que les infiltrations et les tumeurs se détruisent plus facilement au niveau des muqueuses que sur la peau, mais en produisant des ulcérations plus étendues, plus profondes et moins régulières que les aphthes, bien qu'en pense Fränkel.

P. TISSIER.

Zur Pathologie d. Weiches Gaumes (Sur la pathologie du voile du palais), par FR. MÜLLER. (*Charité-Annalen*, p. 247; 1889.)

I. — *Paralysie hystérique du voile du palais.* — A propos d'un cas de paralysie du voile du palais survenue chez une jeune fille de 18 ans, ayant eu la diphthérie à 12 et à 16 ans et de fréquents maux de gorge depuis lors, et ayant débuté par de la douleur à la gorge (25 mars), de la dysphagie et un frisson, Müller admet qu'il s'agit de paralysie hystérique.

La sensibilité était très altérée; les aliments solides et liquides ne passaient pas par le nez. Le larynx était normal; pas de troubles oculaires. Aucun autre trouble de la motilité ou de la sensibilité. Guérison rapide par le courant faradique.

Récidive le 12 mai. En juillet, aphonie par paralysie des adducteurs.

II. — *Pulsations du voile du palais dans l'insuffisance aortique.* — Les amygdales, les piliers étaient projetés vers la ligne médiane à chaque battement des carotides, chez une femme de 22 ans, atteinte d'insuffisance aortique. En même temps, la lnette et le bord libre du voile subissaient une légère oscillation du synchome. Il y avait une angine de moyenne intensité. La rougeur subissait aussi des alternatives rythmiques de diminution et d'augmentation. Après la guérison des accidents inflammatoires, les pulsations du voile diminuèrent d'intensité sans disparaître. Müller a retrouvé pareille pulsation dans trois autres cas d'insuffisance aortique avec ou sans insuffisance mitrale.

Il ne pouvait être question de diphthérie en l'absence de fausses membranes. Les symptômes paralytiques étaient nettement limités à la gorge. La paralysie était en quelque sorte élective, puisque la déglutition était normale. Dans la seconde attaque, il y eut des troubles de la parole spéciaux. Le caractère nasonné n'existait que dans la conversation; lorsque la malade prononçait les mots qu'on lui indiquait, la voix était normale. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans l'aphonie hystérique, où la toux peut rester sonore. La

récidive se fit brusquement, un jour de fête, ce qui témoigne de la nature hystérique de l'affection, ainsi que l'aphonie qui survint ultérieurement.

Dans trois autres cas d'insuffisance aortique compliqués de sténoses aortique et mitrale, ce phénomène manquait.

Le mécanisme de la pulsation du voile est simple, c'est la transmission des pulsations des carotides. Le phénomène bien connu du grand capillaire explique le mouvement de recul de la luette.

L'auteur croit qu'il s'agit d'un symptôme nullement rare.

P. TISSIER.

Tuberculose de la base de la langue, par P. HEYMANN. (*Berliner kl. Woch.*, 8 avril 1889.)

Cette ulcération s'était développée dans les dernières semaines de l'existence chez un sujet de 41 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée.

P. T.

Les microorganismes de la bouche. Leur action locale et à distance, par D. MULLER. (Leipzig, 1889; in *Berl. kl. Woch.*, n° 44, 4 novembre 1889.)

La carie dentaire a pour origine le ramollissement consécutif à l'acidité qui résulte de la putréfaction des hydrates de carbone et l'envahissement par les micro-organismes de la région ramollie. A ce point de vue, les débris de pain, de sucre, de pomme de terre, sont plus nuisibles que les débris de viande.

Les micro-organismes de la bouche peuvent, en outre, déterminer des troubles dans le canal gastro-intestinal, ou même provoquer des infections diverses dans d'autres parties de l'organisme.

P. T.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE ET AUTRICHE

Nez.

Du rhinosclérome, par Wolkowitsch (*Langenbeck's Archiv.*, Band XXXVIII, Heft 23; 1889).

Tumeur verruqueuse cornée des fosses nasales supérieures, par O. von Büngner (Soc. des chir. Berlin, séance du 3 juin; in *Berlin. klin. Woch.*, 8 juillet 1889).

Tumeur du naso-pharynx, par Zaufal (*Cent. Verein, Deuts. Aertzte in Böhmen*, Pilsen, 14 juillet; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 23 juillet 1889).

Emploi de l'aluminium acético-tartrique dans les affections nasales, par A. Holste (*Berl. klin. Woch.*, 29 juillet 1889).

Malformations des cartilages du nez, par Lewin (*Deuts. med. Woch.*, 20 juin 1889).

Angiome de l'antre d'Highmore, par Lücke (*Deuts. med. Woch.*, 30 mai 1889).

Rhinite syphilitique ulcéreuse, par Michelson (*Fortschritt der Med.*, 15 juin 1889).

De la rhinite fibrineuse, par Seifert (*Münch. med. Woch.*, 4 juin 1889).

Un cas intéressant d'obstruction des choanes, par A. Onodi (*Berl. klin. Woch.*, 19 août 1889).

Note sur l'essai de ponction de l'antre d'Highmore, par Ziem (*Berl. klin. Woch.*, 26 août 1889).

L'écoulement électrique de l'antre d'Highmore dans les cas d'empyème, par T. Heryng (*Berl. klin. Woch.*, 2 et 9 septembre 1889).

Du lavage de l'antre d'Highmore, par Jelenffy (*Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

Traitement électrique de l'ozène, par Kafemann (*Verein f. wissenschaft. Heilk.*, Königsberg, 15 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

Fibrome du naso-pharynx, par Michelson (*Verein f. Wissensch. Heilk.*, Königsberg, 29 avril; in *Berlin. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

De la nature de l'ozène, avec quelques remarques sur la métaplasie épithéliale, par K. Schuchardt (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, n° 340; 1889).

De la thérapeutique de l'empyème de l'antre d'Highmore, par A. Friedländer (*Berl. klin. Woch.*, 16 septembre 1889).

Des opérations pratiquées sur les nez trop étroits et obliques, par Trendelenburg (*Niederrheinische Gesellschaft.*, Bonn, 19 novembre 1888; in *Berl. klin. Woch.*, 16 septembre 1889).

Des maladies intra-oculaires au cours d'affections du nez, par Ziem

(*Monats. f. Ohrenh.*, etc., août 1889, et *Berliner klin. Woch.*, 23 et 30 septembre 1889).

Un nouveau miroir nasal, par Jelenffy (*Berlin. klin. Woch.*, 23 septembre 1889).

Champignon du nez, par P. Schubert (*Berl. klin. Woch.*, 30 septembre 1889).

Nouveau manuel opératoire pour enlever les polypes naso-pharyngiens, par Baracz (*Deuts. med. Woch.*, 22 août 1889).

Eczéma des fosses nasales, par Herzog (*Archiv. für Kinderheilk.*, n° 3, 1889).

Syphilis du nez, par Lublinski (*Deuts. med. Wochens.*, 18 juillet 1889).

Des végétations adénoïdes du naso-pharynx chez les adultes, par Scholz (Breslau, 1889).

De l'epistaxis spontanée, par A. Zander (*Dissert. Inaug.*, Würzburg, 1889).

De la fréquence de certaines névroses cardiaques consécutives aux affections nasales, par S. von Stein (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., septembre et octobre 1889).

Quelques cas de guérisons d'épilepsie réflexe du nez, par Schneider (*Berliner klin. Woch.*, 28 octobre 1889).

Les opérations rhino-laryngologiques depuis l'emploi de la cocaïne, par B. Fränkel (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889, et *Allgem. Wiener med. Zeit.*, 26 novembre 1889).

Sur la perforation du septum nasal, par Rosenfeld (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Remarques sur la tuberculose du nez et de la cavité bucco-pharyngienne, par P. Michelson (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Occlusion osseuse bilatérale congénitale des choanes. Méthode d'opération, par Eulenstein (*Deuts. med. Woch.*, n° 39, 1889).

Signification de l'obstruction de la respiration nasale, en particulier chez les enfants, par M. Bresgen (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhin., Heidelberg, septembre 1889).

Traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par H. Krause (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhin., Heidelberg, septembre 1889).

Ablation de polypes du nez, par Goldschmidt (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Tumeur de la cavité nasale. Présentation du malade, par K. Vohsen (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Tuberculose de la membrane muqueuse du nez, par Seifert (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Quand et dans quelles limites le traitement local des affections du nez et de la gorge dans les villes d'eaux est-il indiqué? par Haupt (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhin., Heidelberg, septembre 1889).

Contribution au diagnostic des projections de la membrane muqueuse sur le bord libre postérieur du septum nasal, par Reuter (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Caries du nez, par Kahsnitz (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Sur l'empyème chronique de l'antre d'Highmore, par O. Chiari (Soc.

imp. royal des méd. de Vienne, séance du 25 octobre, *Wiener klin. Woch.*, 28 novembre et 5 décembre 1889).

Des synéchies intra-nasales et de leur traitement, par Krakauer (*Deuts. med. Woch.*, n° 43; 1889).

Bégayement, surdité et céphalalgie. Guérison par l'ablation de végétations adénoïdes du pharynx nasal, par M. Braun (*Wiener klin. Woch.*, 14 novembre 1889).

Syphilis du nez, par J. Neumann (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 19 novembre 1889).

Des affections métastatiques au cours des maladies du nez, par Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., novembre 1889).

Du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par J. Link (*Wiener klin. Woch.*, 19 décembre 1889).

Cocainisation des narines et de la cavité naso-pharyngienne, par H. Zwaardemaker (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Casuistique de l'empyème de l'antre d'Highmore, par A. Hartmann (Section otol. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Du traitement des verrues du nez et de la face, par Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., décembre 1889).

Rhinoscopie postérieure de la tête pendante dans les cas d'opérations sur la cavité naso-pharyngienne, par C. Dorn (*Monats. klin. Ohrenh.*, etc., décembre 1889).

Un cas de rhinolith, par F. Rohrer (*Wiener f. Woch.*, 9 janvier 1890).

Bacilles du rhinosclérome, par R. Paltauf (Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, séance du 10 janvier; in *Allgem. Wiener med. Zeit.*, 21 janvier 1890).

Modification particulière de la cloison nasale d'un cheval, par H. J. Hamburger (*Arch. f. Path. Anat.*, CXVII, Heft 2, 1889).

Un nouveau serre-nœud pour les polypes du naso-pharynx et l'hyper-trophie polypoïde des cornets, par L. Rethi (*Wiener klin. Woch.*, 22 janvier 1890).

Extirpation des tumeurs fibreuses des fosses nasales, par Bartha (*Int. klin. Rundschau*, 8 décembre 1889).

Traitement des affections du nez et des cavités voisines par les pulvérisations sèches, par M. Bresgen (*Deuts. med. Woch.*, 12 décembre 1889).

Contribution à l'étude des affections syphilitiques du pharynx nasal, par P. Gerber (Königsberg, 1889).

Traitement et prophylaxie de l'ozène, par Berliner (*Deuts. med. Woch.*, n° 51; 1889).

Le trajet de l'air respiratoire dans les fosses nasales, par R. Kayser (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Traitement post-opératoire des fosses nasales, par Suchanek (*Therap. Monatsh.*, n° 12; 1889).

Le sondage des cavités voisines du nez, par Hansberg (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., janvier 1890).

Emploi et action de l'acide trichloracétique dans les maladies du nez et de la gorge, par Ehrmann (*Munch. med. Woch.*, 4 mars 1890).

Lupus des muqueuses, par Behrend (Soc. de dermat. de Berlin, séance du 4 mars).

Nouveau procédé de rhinoplastie, par Ammann (*Munch. med. Woch.*, 4 mars 1890).

Nouvelles méthodes de rhinoplastie, par Cohausz (*Dissert. Inaug.*, Würzburg, 1889).

De l'ozène, par M. Cohn (*Dissert. Inaug.*, Berlin, 1889).

Sur un cas de sarcome endothélial du sinus frontal, par Herold (*Dissert. Inaug.*, Würzburg, 1889).

Des végétations adénoïdes du naso-pharynx, par Stock (*Dissert. Inaug.*, Würzburg, 1889).

Anatomie du naso-pharynx, par Poelchen (*Virchow's Archiv.*, B. CXIX, 1890).

Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst (*lateralen Schleimhautwulst*) an der äusseren Nasenvand (Sur une forme typique de polype muqueux de la paroi externe du nez), par Em. Kauffmann (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., janvier, mars, mai et juin 1890).

Tuberculose nasale, par Lukasiewicz (Soc. de dermat. de Vienne, séance du 19 mars; in *Wiener Allgem. med. Zeit.*, 8 avril 1890).

De la tuberculose nasale, par Mertens (*Inaug. Dissert.*, Wurtzbourg, 1889).

De la spirothérapie, par Neudörfer (*Wiener klin. Woch.*, 10, 17 et 24 avril 1890).

Dermoïde du nez, par F. Bramann (*Arch. f. klin. Chirurg.*, mars 1890).

Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase (Phénomènes de réaction consécutifs aux opérations intra-nasales), par L. Treitel (*Berliner klin. Woch.*, 21 et 28 avril 1890).

Nouveau procédé d'irrigation nasale, par Pins (IX^e Congrès de méd. int., tenu à Vienne du 15 au 18 avril 1890).

Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen und Rachenraumes an 2238 Kindern mit besonderer Berücksichtigung der tonsilla pharyngea und der aprosexia nasalis (Recherches sur les cavités nasale et pharyngienne de 2,238 enfants des écoles, et en particulier sur l'amygdale pharyngée et l'aprosexie nasale), par R. Kafemann (A. W. Kafemann, éditeur, Dantzig, 1890).

Kyste osseux du cornet moyen de la narine droite, par B. Fraenkel (Soc. de méd. de Berlin, séance du 7 mai 1890).

Pharynx et Varia.

Erythème exsudatif des organes du cou, par Schoetz (*Berl. klin. Woch.*, 8 juillet 1889).

Rétrécissement du pharynx, par B. Fraenkel (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 10 mai; in *Berl. klin. Woch.*, 8 juillet 1889).

Des paralysies bulbaires hémilatérales et des modifications qu'elles apportent au palais, à l'arrière-bouche, à l'os hyoïde et au larynx, par S. H. Scheiber (*Berl. klin. Woch.*, 15 juillet 1889).

Contribution à l'étiologie du cancer de l'œsophage, par A. Röpcke (In-8°, 12 pages, Lipsius et Tischer, Kiel, 1889).

Des tumeurs bénignes de la langue, par Kirchhoff (*Deuts. med. Woch.*, n° 23, 1889).

Guérison d'un carcinome du pharynx, par Kærte (*Wiener med. Presse*, 26 mai 1889).

Contributions à l'étude des tumeurs de la langue, par Strock (*Dissert. Inaug.*, Kiel, 1889).

De l'opération et du pronostic du cancer de la langue, par Volkmann (*Deuts. med. Woch.*, 30 mai 1889).

Quelques réflexions sur le traitement local de la diphtérie du pharynx, par S. Bloch (*Prager med. Woch.*, 10 juillet 1889).

Contribution à l'étude de la parotite, par Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juillet 1889).

Polype congénital pileux du pharynx, par R. Otto (*Arch. f. Pathol. Anat.*, Band CXV, 2, 1889).

Traitement de la diphtérie par le sublimé, par Rennert (*Berl. klin. Woch.*, 26 août 1889).

- Carcinome de l'œsophage, par Marchand (*Aertzl. Verein. zu Marburg*, 12 décembre 1888; in *Berl. klin. Woch.*, 26 août 1889).
- Extirpation de la glande thyroïde chez les chiens, par Ribbert (*Niederrheinische Gesellsch.*, Bonn, 19 novembre 1888; in *Berl. klin. Woch.*, 16 septembre 1889).
- Statistique de la diphtérie, par Brasch (*Deuts. med. Zeit.*, n° 17, 1889).
- Statistique de la diphtérie à Berlin, de 1886 à 1888, par Wachsmuth (*Allg. med. Central. Ztg.*, n° 20, 1889).
- Traitement iodique de l'actinomycose rétropharyngée et parotidienne, par Jong (*Zeits. für Chir. Med.*, XIV, 4, 6, 1889).
- Contribution à l'étude des sinus du pharynx humain, par Kostanecki (*Virchow's Archiv.*, n° 1, 1889).
- Carcinome de l'œsophage, par Alsberg (*Münch. med. Wochens.*, n° 26, 1889).
- De la thérapeutique actuelle du catarrhe chronique du pharynx, par R. Kafemann (*Berliner klin. Woch.*, 7 octobre 1889).
- Etude du bacille de la diphtérie, par Zarniko (*Cent. f. Bakter.*, n° 6, 1889).
- Paralysies étendues consécutives à la diphtérie, par D. Hansemann (*Arch. f. Pathol. Anat.*, Band III, 1889).
- Traitement des amygdalites diphtériques, par Haberkorn (*Cent. f. Chir.*, 10 août 1889).
- Recherches expérimentales sur les effets de l'extirpation du corps thyroïde, par Drobnik (*Arch. f. Experim. Pathol. und Pharmakol.*, p. 136, 1889).
- Sur la localisation de l'angine phlegmoneuse, par O. Chiari (*Wiener klin. Woch.*, 24 octobre 1889).
- Diphtérie accompagnée d'érythème exsudatif multiforme, par A. Kühn (*Berliner klin. Woch.*, 28 octobre 1889).
- Communications sur la diphtérie, par Henoch (Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 14 octobre; in *Berliner klin. Woch.*, 28 octobre 1889).
- Tétanie à la suite de l'extirpation des goîtres, par von Eiselsberg (Sect. de chir. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, septembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 28 octobre 1889).
- Maladie de Basedow, par H. Nothnagel (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 29 octobre, 5 et 12 novembre 1889).
- Traitement de la diphtérie, par Langstein (*Prager med. Woch.*, n° 32, 33 et 34, 1889).
- De l'entaillage des amygdales, par M. Schmidt (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhin., Heidelberg, septembre 1889, et therap. monatshefte., n° 10, 1889).
- Traitement du goître par l'iode, par Heymann (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).
- Traitement de la pharyngite phlegmoneuse, par Helbing (62^e réunion de la Soc. des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhin., Heidelberg, septembre 1889, et *Münch. med. Woch.*, n° 41, 1889).
- Modification du crochet palatin de Barth, par M. Schmidt (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhin., Heidelberg, septembre 1889).
- L'électrolyse, son action et son effet sur les tissus solides, par A. Kuttner (*Berliner klin. Woch.*, 11, 18 et 25 novembre 1889).
- Un nouvel accumulateur pour la galvano-caustique, par Kuhn (*Deuts. med. Wochens.*, n° 43, 1889).
- Sur l'opération de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngéo, par Kuhn (*Deuts. med. Woch.*, n° 44, 1889).
- Diphtérie et croup, par F. Goldschmidt (*Centralblatt f. klin. Med.*, 30 novembre 1889).
- Communication sur un cas de carcinome du cartilage thyroïde, par

Scheinmann (Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 18 novembre; in *Bert. klin. Woch.*, 2 décembre 1889).

Traitement de la coqueluche, par A. Beltz (*Archiv. f. Kinderheilk.*, n° 3, 1889).

Pharyngite chronique, par L. Wolff (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., novembre et décembre 1889).

De la thérapeutique de la respiration buccale, par Vohsen (Section otol. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Complications graves de l'influenza (Thyroïdite aiguë avec paralysie du sympathique droit du cou), par Holz (Soc. de méd. de Berlin, séance du 8 janvier; in *Berliner klin. Woch.*, 27 janvier 1890).

Du traitement de la diphtérie, par Schendel (*Bert. klin. Woch.*, 10 février 1890).

Diphtérie et croup en Prusse, de 1873 à 1882, par L. Brühl et E. Iahr (Hirschwald, éditeur, Berlin 1889).

Recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques sur l'influenza et ses complications, par Weichselbaum (Soc. imp. royale de Vienne, séance du 31 janvier, et *Wiener Allgem. med. Zeit.*, 11 février 1890).

Bactériologie de l'influenza, par E. Levy (*Bert. klin. Woch.*, 17 février 1890).

L'état actuel de la question du développement de la diphtérie, par Loeffler (*Deuts. med. Woch.*, 30 janvier 1890).

De la thérapeutique de la diphtérie, de la coqueluche et de la tuberculose, par Halter (*Allgem. med. Cent. Zeit.*, 12 février 1890).

Sténose œsophagienne consécutive à un empoisonnement par l'acide sulfurique, par Mikulicz (Soc. des sciences méd. de Königsberg, séance du 9 décembre 1889; in *Bert. klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Cinq nouveaux cas d'actinomycose, par W. von Noorden (*Beiträge zur Klin. Chir. von Bruns, Czerny, Kraeelin und Socin*, vol. V, 1889).

De l'extirpation du goître dans la maladie de Basedow, par R. Stierlin (*Beiträge zur Klin. Chir. von Bruns, Czerny, Kraeelin und Socin*, vol. V, 1889).

De l'éclairage électrique par transparence des cavités du corps, par K. Vohsen (*Berliner klin. Woch.*, 24 mars 1890).

Recherches sur le bacille de la diphtérie, par V. Babes (*Virchow's Archiv.*, mars 1890).

La diphtérie et la fièvre typhoïde à Berlin, par Virchow (Soc. de méd. de Berlin, séance du 12 mars; in *Bert. klin. Woch.*, 31 mars 1890).

Recherches sur les poisons bactériens, par Brieger et G. Fränkel (*Bert. klin. Woch.*, 17 et 24 mars 1890).

Un cas rare de cancer du pharynx, par W. Lublinski (Soc. de méd. de Berlin, séance du 12 mars; in *Berliner klin. Woch.*, 31 mars 1890).

La diphtérie à l'hôpital des enfants de Nuremberg pendant l'année 1888, par Kuopf (*Münch. med. Woch.*, 18 février 1890).

Les derniers travaux sur l'étiologie de la diphtérie, par R. Paltauf (*Wiener klin. Woch.*, 3 et 17 avril 1890).

Anatomisches und therapeutisches über den Fornix pharyngis (Anatomie et thérapeutique de la voûte pharyngienne), par R. Kafemann (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mars 1890).

Un cas rare de cancer de l'œsophage, par Bischof (*Münch. med. Woch.*, 28 mars 1890).

Sténose de l'œsophage chez un tuberculeux, par Weisbach (Soc. des méd. milit. de la garnison de Vienne, séance du 22 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 10 avril 1890).

Oesophagostomie, par Graser (XIX^e congrès de la Soc. allemande de chir. tenu à Berlin, du 9 au 12 avril 1890).

Suture du voile du palais sans section des muscles qui s'y trouvent, par J. Wolff (Soc. méd. de Berlin, séance du 7 mai 1890).

Etiologie de la diphtérie, par Klein (*Cent. f. Bakter. und Parasit.*, 14 avril 1890).

NOUVELLES

Nous lisons dans le *British medical Journal* que, lors du 10^e Congrès des otologistes de l'Allemagne du Sud, de l'Autriche et de la Suisse qui s'est tenu à Nuremberg, durant la semaine de la Pentecôte, les D^{rs} Walb, de Bonn, et Truckenbrod ont proposé de fonder une *Société allemande d'otologie*. Cette motion a été acceptée à l'unanimité et un comité organisateur nommé.

Nous annonçons à nos lecteurs l'apparition d'un nouveau journal intitulé : les *Annales de la Polyclinique de Toulouse*, fondé et dirigé par un groupe de médecins, au nombre desquels figure le D^r Charazac pour la laryngologie, l'otologie et la rhinologie.

Nous venons de recevoir le premier numéro d'un journal de spécialité mensuel, intitulé : *Il Sordomuto*, publié à Milan sous la direction de notre distingué confrère, le professeur G. Longhi.

Nous avons reçu le programme de la 19^e session de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, qui s'ouvrira à Limoges le 7 août 1890; dans la section des sciences médicales présidée par le professeur Teissier, de Lyon, nous relevons les communications suivantes intéressant les lecteurs des *Annales* :

De l'étiologie de l'otite moyenne. Contribution expérimentale, par G. BORDONI-UFFREDUZZI et G. GRADENIGO. (Extrait de l'*Arch. per le sc. med.*, vol. XIV, n° 12, 1890.)

Un cas d'athérome du conduit auditif externe, par le Dr CORRADI. (Extrait du *Boll. per le malatt. dell' orecchio, gola e naso*, n° 2, 1890.)

Observations sur les résultats de l'examen au diapason, relativement surtout aux maladies de la portion mastoïdienne du temporal, par C. CORRADI. (Extrait de la *Revue de laryng., otol. et rhinol.*, 1890.)

Le Gérant : G. MASSON.

